

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**DIPLOMSKA NALOGA**

**NIKA OCVIRK**

**Izola, 2015**



**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**OZAVEŠČENOST STAROSTNIKOV O  
ARTERIJSKI HIPERTENZIJI**

**AWARENESS OF ARTERIAL HYPERTENSION IN ELDERLY**

Študentka: NIKA OCVIRK

Mentor: BENKO ESTER, mag. zdr. neg., pred.

Študijski program: študijski program 1. stopnje – Zdravstvena nega

**Izola, 2015**



## **IZJAVA O AVTORSTVU**

Spodaj podpisana Nika Ocvirk izjavljam, da:

- je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah (U. l. RS, št. 16/2007) kaznivo.



## KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

<b>Naslov</b>	Ozaveščenost starostnikov o arterijski hipertenziji
<b>Tip dela</b>	diplomska naloga
<b>Avtor</b>	OCVIRK, Nika
<b>Sekundarni avtorji</b>	BENKO Ester (mentor), PROSEN Mirko (recenzent)
<b>Institucija</b>	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
<b>Naslov inst.</b>	Polje 42, 6310 Izola
<b>Leto</b>	2015
<b>Strani</b>	VIII, 39 str., 4 pregl., 25 slik, 36 virov
<b>Ključne besede</b>	arterijska hipertenzija, starostnik, življenjski slog, ozaveščenost starostnika, dejavnik tveganja, visok krvni tlak
<b>UDK</b>	616.12-008.331.1
<b>Jezik besedila</b>	slv
<b>Jezik povzetkov</b>	slv/eng

### Izvleček

Namen diplomske naloge je bil na osnovi pregleda domače in tuje literature predstaviti srčno-žilne bolezni s poudarkom na arterijski hipertenziji ter v empiričnem delu z raziskavo ugotoviti ozaveščenost starostnikov o arterijski hipertenziji in njihov življenjski slog. Predstavljeni so rezultati raziskave na temo ozaveščenosti starostnikov o arterijski hipertenziji in njihovem življenjskem slogu. Vključenih je bilo 100 starostnikov, ki smo jih razdelili v 2 starostni skupini po 50 starostnikov. Prva skupina so bili starostniki, ki se vključujejo v Center dnevnih aktivnosti za starejše občane Koper (CDA), naključno izbrani starostniki v Zdravstvenem domu Koper (ZD) pa so predstavljali drugo skupino. S pomočjo anketnega vprašalnika ugotavljali, katera skupina ima več znanja o arterijski hipertenziji in katera boljše upošteva načela zdravega življenjskega sloga. Raziskava je pokazala, da obe skupini, potem posrednih vprašanj o navadah starostnikov, slabo upoštevatata načela zdravega življenjskega sloga. Glede na število pravilno naštetih posledic, ki jih povzroča arterijska hipertenzija, smo ugotovili, da ima skupina ZD (36,0 %), več znanja o arterijski hipertenziji, kot skupina CDA (16,0 %).

## KEY WORDS DOCUMENTTION

<b>Title</b>	Awareness of arterial hypertension in elderly
<b>Type</b>	Diploma work
<b>Author</b>	OCVIRK, Nika
<b>Secondary authors</b>	BENKO Ester (mentor), PROSEN Mirko (reviewer)
<b>Institution</b>	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
<b>Address</b>	Polje 42, 6310 Izola
<b>Year</b>	2015
<b>Pages</b>	VIII, 39 str., 4 tables, 25 pictures, 36 references
<b>Keywords</b>	Arterial hypertension, elderly, lifestyle, awareness of elderly people, risk factors, high blood pressure
<b>UDC</b>	616.12-008.331.1
<b>Language</b>	slv
<b>Abstract language</b>	slv/eng

### Abstract

The main goal of graduation thesis is according to different kind of literature, domestic and foreign, to introduce cardiovascular diseases, particular arterial hypertension. Empirical part of diploma tries to find out how well do elderly people know facts about this disease. Beside empirical part there is also theoretical part. In empirical part research was made to find out how well elderly people know facts about arterial hypertension and to see what kind of lifestyle they live. The sample consists of one hundred individuals, divided in two groups, fifty elderly people in each group. First fifty elderly people are part of CDA, which means Center dnevnih aktivnosti Koper. The second half are randomly chosen or to be precise randomly asked people of suitable age in ZD Koper (Zdravstveni dom Koper). The method, used to gain information and answers, were questionnaire. And we obtain very good informations, that helped us to fullfil theoretical part of diploma. Those results were that both groups of individuals do not give much attention to practise a healthy style of living. But there in a difference between asked groups in answers related to knowledge about arterial hypertension. Based on number of right consequences, answered by randomly chosen elderly people in Zdravstveni dom Koper, they certainly know more about disease in comparison to answers obtained from elderly people in Center dnevnih aktivnosti Koper. In numbers or to be exact the percentage is 36,0 % to 16,0 % in favour of individuals in Zdravstveni dom Koper.

.



## KAZALO VSEBINE

Ključne informacije o delu .....	I
Key words documenttion .....	II
Kazalo vsebine .....	III
Kazalo slik .....	IV
Kazalo preglednic .....	V
1 Uvod.....	1
1.1 Starost in staranje .....	2
1.1.1 Staranje prebivalstva.....	2
1.1.2 Demografski podatki.....	3
1.2 Srčno-žilne bolezni.....	3
1.3 Arterijska hipertenzija – visok krvni tlak.....	4
1.3.1 Primarna arterijska hipertenzija (esencialna).....	4
1.3.2 Sekundarna arterijska hipertenzija.....	5
1.4 Dejavniki tveganja za nastanek AH .....	5
1.5 Posledice visokega krvnega tlaka.....	7
1.6 Zdravljenje arterijske hipertenzije.....	7
1.7 Zdravstvenovzgojno delo .....	8
2 Namen, cilji in hipoteze .....	10
3 Metode dela in materiali .....	11
3.1 Vzorec .....	11
3.2 Postopek zbiranja podatkov in potek raziskave .....	13
3.3 Urejanje in obdelava podatkov.....	13
4 Rezultati .....	14
4.1 Preverjanje hipotez .....	22
5 Razprava .....	26
6 Zaključek .....	28
Literatura.....	29
Povzetek.....	32
Summary.....	33
Zahvala.....	34
Priloge.....	35
Priloga 1: Anketni vprašalnik .....	35

## KAZALO SLIK

Slika 1: Starost anketirancev .....	11
Slika 2: Zakonski stan anketirancev .....	12
Slika 3: Življenje v skupnosti .....	12
Slika 4: Najvišja dokončana izobrazba anketiranih .....	13
Slika 5: Število dnevno zaužitih obrokov .....	14
Slika 6: Dosoljevanje hrane.....	14
Slika 7: Število dnevno popitih skodelic kave .....	15
Slika 8: Telesna aktivnost .....	15
Slika 9: Število tedenske telesne aktivnosti .....	16
Slika 10: Kajenje .....	17
Slika 11: Poznavanje srčno-žilnih obolenj .....	17
Slika 12: Poznavanje najpogostejših povzročiteljev srčno-žilnih bolezni .....	18
Slika 13: Zdravljenje za srčno-žilnimi boleznimi .....	18
Slika 14: Jemanje zdravil za zdravljenje AH .....	19
Slika 15: Število dnevno zaužitih zdravil za zdravljenje AH.....	19
Slika 16: Pogostost kontroliranja krvnega tlaka.....	20
Slika 17: Način pridobitve informacij o arterijski hipertenziji in dejavnikih tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni .....	20
Slika 18: Način pridobitve informacij o arterijski hipertenziji, zdravstveno osebje .....	21
Slika 19: Subjektivno mnenje o kakovosti življenja od 1 do 5 .....	21
Slika 20: Subjektivno mnenje o kakovosti življenja z vidika zdravega življenjskega sloga .....	22
Slika 21: Subjektivna ocena starostnikov o življenjskem slogu z zdravstvenega vidika glede na vključenost v CDA .....	23
Slika 22: Upoštevanje življenjskega sloga starostnikov z zdravstvenega vidika, ki se kaže glede na vključenost v CDA.....	24
Slika 23: Število pravilno naštetih posledic .....	25

## KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Razdelitev arterijske hipertenzije v razrede (Brguljan Hitij, 2013).....	5
Preglednica 2: Indeks telesne mase (ITM) (Miller, 2009).....	6
Preglednica 3: Izračun ITM med anketiranci .....	16
Preglednica 4: Odgovori anketiranih o posledicah AH .....	25



## 1 UVOD

Z naraščanjem življenjske dobe se pogledi starostnikov na življenje spreminjajo. Vedno več starostnikov si želi kakovostno staranje. Staranje prinaša poglavitne posledice daljšanja življenjske dobe, kot so dolgoročni zdravstveni problemi, pogojeni z različnimi kroničnimi boleznimi (Železnik, 2010). Ko govorimo o kroničnih boleznih, je treba izpostaviti bolezni srca in ožilja, ki predstavljajo več desetletni najpogostejši vzrok obolevnosti in umrljivosti v razvitih deželah Evrope in ZDA. V zadnjih treh desetletjih se v vseh državah sveta umrljivost zaradi bolezni obtočil postopoma zmanjšuje, vendar pa kljub temu predstavljajo bolezni srca in ožilja tudi v Sloveniji še vedno okoli 38 % vseh vzrokov smrti. Med najpomembnejše bolezni srca in ožilja spadajo arterijska hipertenzija, srčno popuščanje, različne oblike koronarne bolezni (nenadna srčna smrt, srčni infarkt, angina pectoris) in možganska kap. S svojimi posledicami, kljub splošnemu napredku medicinske stroke, sodobnim tehnologijam in učinkovitim intervencijskim načinom zdravljenja, predstavlja ishemična bolezen srca v našem prostoru še vedno enega izmed vodilnih vzrokov za obolevanje, invalidnost in umiranje prebivalstva (Fras in sod., 2012).

Ena izmed najpogostejših bolezni srca in ožilja je arterijska hipertenzija oziroma visok krvni tlak, ki je zapleten proces, pri katerem so vključeni mnogi med seboj povezani funkcionalni sistemi, ki vključujejo različne organe. Visok krvni tlak je lahko posledica sprememb v možganih, ledvicah, nadledvičnih žlezah ali pa srčno-žilnem sistemu. Meja med normalnim in povišanim krvnim tlakom ni ostra. Skupine strokovnjakov so z obsežnimi raziskavami določile meje med normalnimi in zvišanimi vrednostmi. S povišanim krvnim tlakom se človeku močno poveča možnost za nastanek možganske kapi ali da bo zbolel za kakšno drugo srčno-žilno boleznijo (Faulhaber, 2006).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) umre vsak osmi prebivalec sveta zaradi zapletov arterijske hipertenzije. Arterijska hipertenzija je dejavnik tveganja za razvoj koronarnih bolezni, periferne arterijske okluzijske bolezni, srčnega popuščanja, možganske kapi in ledvične odpovedi (Accetto in Salobir, 2010).

Epidemiološke raziskave v Sloveniji so pokazale, da spadamo med najvišje uvrščene države v Evropi (64,3 %) glede na razširjenost arterijske hipertenzije med odraslo populacijo, pravilno urejen krvni tlak pa ima le 31,3 % vseh zdravljenih pacientov (Accetto in Salobir, 2010).

Ker se pacienti z arterijsko hipertenzijo v veliki večini ne zavedajo posledic, ki jih lahko ta prinese, pred boleznijo nimajo strahu. Ko pa se pojavijo določene posledice, ki lahko vplivajo na njihovo vsakdanje življenje in je potrebna sprememba življenjskega sloga, ki vključuje tudi vztrajnost pri jemanju zdravil, se zgodba obrne (Accetto in sod., 2008b).

Dejavniki tveganja, kot so kajenje, nepravilna prehrana, premalo gibanja in stresno življenje ter jih povezujemo s slabimi razvadami prebivalstva, močno vplivajo na sodobno medicinsko problematiko. Osrednji problem predstavljajo družbene spremembe, ki vplivajo na način življenja. Ena najbolj razširjenih sodobnih civilizacijskih bolezni je ravno arterijska hipertenzija. Je najpogostejše srčno-žilno

bolezensko stanje in med najpomembnejšimi dejavniki tveganja za nastanek drugih bolezni srca in ožilja (Žalar, 2003).

Faulhaber (2006) navaja, da ima približno 30 % ljudi, starejših od 50 let, povišane vrednosti krvnega tlaka, poleg tega pa je višina krvnega tlaka odvisna tudi od spola. Do 50. leta starosti prevladuje delež moških pacientov z visokim krvnim tlakom, pri starosti nad 50 letom pa se razmerje obrne in hipertenzija postane pogostejša pri ženskah (Faulhaber, 2006).

## **1.1 Starost in staranje**

Ljudje se skozi celo življenje učimo, kar pomeni, da se mora človek sam zavestno odločiti za sprejemanje starosti na način doživljajskega in socialnega učenja. Primeren način učenja, ki vključuje sprejemanje starosti, se odraža v intelektualni in emocionalni komponenti. Ti dve komponenti se med seboj dopolnjujeta, vendar pa je intelektualna komponenta bistveno manjša kot emocionalna. Človek lahko hitro s pomočjo primerne literature staranje razumsko dojame. Vzporedno s tem pa mora učni proces za sprejemanje starosti vsebovati veliko možnosti za emocionalno zbliževanje s starostjo: s pozitivnimi čustvi (nežnost, ljubezen, zaupnost, vzdržljivost), z zavedanjem koristnih in prijetnih strani, ki spremljajo staranje, ter s humorjem (Ramovš, 2003).

Staranje spremljajo določene spremembe, ki jim zaradi oksidacijske škode v celicah sledi upadanje funkcij organov. Spremembe na ravni organov so povezane z upadom fizioloških funkcij (Lampe in Poljšak, 2011):

- zmanjša se maksimalno delovanje srca, pljuč in ledvic;
- spremeni se struktura organov, kar se kaže v večji togosti krvnih žil in opornih tkiv;
- upočasni se umski in telesni odziv;
- izguba sposobnosti očesne leče za izostritev vida;
- artritичne spremembe in osteoporoza;
- izločanje hormonov se zmanjša in spolne funkcije upadejo.

### **1.1.1 Staranje prebivalstva**

Staranje prebivalstva je proces, v katerem se starostna sestava populacije spreminja na tak način, da se povečuje delež starih. Vendar pa je starost v kronološkem smislu za opredeljevanje neke populacije lahko problematičen koncept. Starost kot spremenljivka je problematična, ker pomeni časovno mero, koliko koledarskih let je preteklo od rojstva. Vseeno pa ne moremo govoriti o neposredni povezavi med minevanjem let in spremembami, ki se dogajajo posamezniku. Staranje je povezano s časom, je časovno odvisen proces, biti star pa ni neposredno odvisno od časa (Hlebec in sod., 2013).

Železnik (2010) navaja, da je osnovna značilnost sprememb v procesu staranja upočasnitev različnih procesov in posledično zmanjšanje delovanja različnih organskih sistemov ter s tem delovanja celotnega organizma. Organizem se težje prilagaja na spremenjene pogoje in večje obremenitve. Po drugi strani lahko zaradi okrnjenega delovanja organa bolezen pri starostniku povzroči hujše in trajnejše okvare kot pri

mlajših osebah. Slabšanje funkcionalnega stanja poveča dovzetnost organizma za bolezni.

### **1.1.2 Demografski podatki**

Zadnje statistike nakazujejo na velik porast števila starejših ljudi v zadnjem desetletju. V Evropi zavzema starejša generacija že več kot 17 % celotnega prebivalstva (Železnik, 2010).

Kombinacija daljšega pričakovanja življenjske dobe in manjšega števila rojstev pomenita vse večji delež starejšega prebivalstva v svetu. Eno šestino celotnega prebivalstva Slovenije predstavljajo starejši od 64 let, kar pa se bo v prihodnjih petdesetih letih povečalo na tretjino celotnega prebivalstva. Izmed vseh evropskih držav se je med letoma 1990 in 2010 delež starejših najbolj povečal prav v Sloveniji, kar nam pove podatek o deležu starejših v letu 2010, ki je znašal 16,5 % v primerjavi z deležem celotne evropske unije, ki je znašal 17,4 %. V generacijo rojenih po 2. svetovni vojni, za katero velja, da je bila zelo številčna (»baby boom«), danes spadajo starejši (65 let in več). Že v prihodnjih nekaj letih se bosta torej tako število kot delež starejših močno povečala (Statistični urad Republike Slovenije, 2012).

## **1.2 Srčno-žilne bolezni**

Srčno-žilne bolezni predstavljajo v razvitih državah okoli 15 % vseh bolezni. Statistični podatki kažejo, da zaradi visokega krvnega tlaka v svetu povprečno trpi okoli četrтина odraslega prebivalstva, koronarna srčna bolezen povzroča okoli polovico vseh smrti, ateroskleroza pa povzroča najtežje zaplete na srčno-žilnem sistemu in možganih. Napete socialne in ekonomske spremembe in pogoji ter način življenja sodobnega človeka pospešujejo vse pogostejše in različne srčno-žilne bolezni, ki jih s polno pravico imenujemo »bolezni civilizacije« (Kapš in sod., 2009).

Srčno-žilne bolezni so povezane s tretjino vseh smrti v državah srednjega ekonomskega donosa. V državah v razvoju je ta delež še večji. Ti podatki kažejo na hitro rastoči problem, ki mu je treba posvetiti boljše zdravljenje in preventivne ukrepe (Brguljan Hitij, 2008).

Yusuf in sod. (2001) opozarjajo na povezave med določenimi dejavniki tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni. Razdelimo jih lahko v dve skupini; tiste, ki so se izkazali za vzročne (dejavniki tveganja), in tiste, ki kažejo povezavo s srčno-žilnimi boleznimi, vendar je za njih treba dokazati vzročno-posledično povezavo (označevalci tveganja).

**Dejavniki tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni so (Brewer, 2010):**

- kajenje;
- zvišane vrednosti LDL;
- znižane vrednosti HDL;
- visok krvni tlak;
- zvišane vrednosti glukoze;
- fizična neaktivnost;
- debelost.

### **Označevalci tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni so (Yusuf in sod., 2001):**

- nizek socialno-ekonomski položaj;
- porast protrombotičnih dejavnikov (fibrinogen, PAI-1);
- označevalci okužb ali vnetij;
- zvišan homocistein;
- psihološki dejavniki (depresija, jeza, sovražnost, stres, akutni življenjski dogodki);
- razčlenitev v družbenih strukturah (izguba socialne podpore in kohezije).

## **1.3 Arterijska hipertenzija – visok krvni tlak**

Arterijska hipertenzija spada med najpogostejša srčno-žilna obolenja, ki v razvitih državah prizadene 20 do 50 % odrasle populacije. Prevalenca bolezni s starostjo narašča. V starostni skupini nad 50 let prizadene približno 50 % ljudi (Naji, 2014).

Definicija arterijske hipertenzije je vrednost krvnega tlaka  $\geq 140/90$  mm Hg. Ciljni krvni tlak pri pacientih, ki imajo povečano tveganje za nastanek srčno-žilnih bolezni, je postavljen še nižje, in sicer  $\geq 130/80$  mm Hg (Vukan, 2012).

Nemalokrat je arterijska hipertenzija imenovana »tihi ubijalec«, saj ima zelo malo specifično izrazitih simptomov. Vendar se samo bolezen da uspešno nadzorovati s pravilnim načinom življenja (Miller, 2009).

Kot je bilo že omenjeno, bolezen velikokrat imenujemo »tihi ubijalec«, saj se v večini razvitih držav bolezni zaveda le polovica pacientov, izmed te polovice pa jih le ena polovica jemlje zdravila za zniževanje krvnega tlaka. Kljub napredku medicinske in farmacevtske znanosti ter uporabi več zdravil za zniževanje krvnega tlaka ima urejen krvni tlak le 10 % pacientov s hipertenzijo in manj kot 40 % koronarnih pacientov z arterijsko hipertenzijo (Gričar, 2014).

### **1.3.1 Primarna arterijska hipertenzija (esencialna)**

Kar 90 do 95 % vseh pacientov boleha za primarno oziroma esencialno obliko arterijske hipertenzije, ki se razvija potom staranja človeka. O primarni oziroma esencialni arterijski hipertenziji govorimo takrat, ko pri pacientu ni znanega jasnega vzroka za povišan krvni tlak, je pa splošno znano, da gre za vpliv dednih in razvojnih vzrokov (starost, spol, rasa, genetski dejavniki), vzrokov v načinu življenja (kajenje, alkoholizem, rekreacija, poklic), vlogo renin-angiotenzin-aldosteronskega sistema, okvare celične membrane, inzulinsko rezistenco, dismetabolni sindrom, družinsko obremenitev, stres (psihični, socialni, poklicni) ali debelost (Accetto, 2004; Brewer, 2010).



**Preglednica 1: Razdelitev arterijske hipertenzije v razrede (Brguljan Hitij, 2013)**

Kategorija	Sistolični (mm Hg)		Diastolični (mm Hg)
Optimalen krvni tlak	< 120	in	< 80
Normalen krvni tlak	120–129	in/ali	80–84
Visoko normalen krvni tlak	130–139	in/ali	85–89
Hipertenzija stopnja 1	140–159	in/ali	90–99
Hipertenzija stopnja 2	160–179	in/ali	100–109
Hipertenzija stopnja 3	≥ 180	in/ali	≥ 110
Izolirana sistolična hipertenzija	≥ 140	in	< 90

Izolirana sistolična hipertenzija se pogosto razvije pri ljudeh, starejših od 65 let. Posledično lahko stanje privede do zoženja vratne arterije in nastanka močnega priliva krvi v glavo in možgane (Gončarov, 2012).

### 1.3.2 Sekundarna arterijska hipertenzija

Sekundarna arterijska hipertenzija je posledica številnih drugih bolezni, katerih razlog se nahaja v samem organizmu posameznika. Bolen lahko izzovejo zdravila za zdravljenje že obstoječih bolezni, nepravilno delovanje ledvic ali zoženje aorte (Gončarov, 2012).

**Glavni vzroki so** (Bunker, 2014):

- ledvična in renovaskularna bolezen (stenoza ledvične arterije);
- feokromocitom;
- hiperaldosteronizem (primarni aldosteronizem).

**Drugi možni vzroki so** (Bunker, 2014):

- Cushingov sindrom;
- hipotirodizem;
- hipertirodizem;
- obstruktivna anemija v spanju;
- koarktacija aorte;
- akromegalija;
- določena zdravila.

## 1.4 Dejavniki tveganja za nastanek AH

- **Prekomerna uporaba kuhinjske soli**

Kot splošno pravilo je znano, da povečana uporaba kuhinjske soli v prehrani pri posamezniku poveča potrebo po tekočini, posledično ledvice v krvnem obtoku pustijo več vode, kar poveča volumen krvi. S povečanim volumenom krvi nastane tudi večji pritisk na žile – poveča se krvni tlak (Gončarov, 2012).

- **Prekomerna telesna teža**

Čezmerno telesno težo spodbuja dnevno previsok vnos kalorij, prav tako posledično povečan vnos kuhinjske soli, ki povzroči dodatno nabiranje vode v telesu. Pretirano kopičenje telesnega maščevja povzroča moteno izločanje soli v ledvicah (Faulhaber, 2006).

S pomočjo indeksa telesne mase lahko ugotovimo, ali je telesna teža sorazmerna z višino.

**Preglednica 2: Indeks telesne mase (ITM) (Miller, 2009)**

	Indeks telesne mase (ITM)
Prenizka telesna teža	< 18,5
Normalna telesna teža	18,5–24,9
Čezmerna telesna teža	25–29,9
Debelost	30–39,9
Izredna debelost	> 40

- **Telesna neaktivnost**

Na splošno velja, da je premalo gibanja samostojen dejavnik tveganja za splošno zdravje, in to neodvisno od tega, ali so ljudje izpostavljeni še drugim dejavnikom tveganja ali ne (Middeke, 2001).

- **Alkohol**

Obstaja sorazmeren odnos v populaciji med uživanjem alkohola, višino krvnega tlaka in razširjenostjo arterijske hipertenzije. Če gre za prekomerno uživanje alkohola, se lahko posledično tudi zmanjša učinkovitost zdravil za zmanjševanje krvnega tlaka, ki pa lahko po 1–2 tednih zmernega uživanja alkohola izzveni. O čezmernem oziroma tveganem pitju govorimo, če moški zaužijejo vsak dan več kot 3 merice oziroma ženske več kot 2 merici alkoholnih pijač. Merica/enota se označuje za deciliter vina, malo pivo ali eno žganje (Pitino, 2012).

- **Kajenje**

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje kajenje kot četrto največjo svetovno grožnjo za zdravje. Dokazana je povezava med kajenjem in povišanim krvnim tlakom, ki mu gre posledično pripisati veliko število letnih smrti in prezgodnjih srčno-žilnih obolenj. Kajenje predstavlja pomemben fiziološki stres za ožilje, saj pospešuje nastanek oblog v žilah in posledično se upočasni pretok krvi skozi žile (Natali, 2015).

- **Izpostavljenost kroničnemu stresu**

Vloga kroničnega stresa pri razvoju arterijske hipertenzije je manj jasna, in to z razlogom, ker je kronični stres težko diagnosticirati. Dojemanje stresa je za vsakega

posameznika v veliki meri subjektivno – kar je lahko za eno osebo stresno, je lahko precej manj za drugo. Dokazano pa je, da stresni dejavniki okolja, strah in naporna služba povišujejo krvni tlak (Pickering, 2008).

## **1.5 Posledice visokega krvnega tlaka**

Visok krvni tlak tiho in neizprosno slabi in stara velike in majhne arterije, kar pomeni, da pride do otrdelosti žil. Da bi srce lahko premagovalo povišan krvni tlak in obenem potisnilo dovolj krvi v žile, se začne debeliti, kar vodi v kongestivno srčno popuščanje. Prav tako pride do brazgotinjenja in krčenja ledvic, možne so poškodbe očesne mrežnice, kar lahko privede do slepote. Arterijske stene postanejo obremenjene z maščobnimi oblogami (Miller, 2009).

Faulhaber (2006) navaja, da visok krvni tlak ne vpliva le na skrajšanje pričakovane življenjske dobe in zmanjšanje delovne zmogljivosti, temveč imajo poglavitno vlogo predvsem zapleti, ki nastanejo zaradi nezdravljene bolezni. Pri ljudeh z nezdravljenim visokim krvnim tlakom obstaja dvakrat višja verjetnost za prezgodnjo smrt in trikrat višja verjetnost za smrt, ki je posledica srčno-žilne bolezni, kot pri ljudeh z optimalnimi vrednostmi krvnega tlaka.

Najpomembnejši zapleti in posledične bolezni so (Faulhaber, 2006):

- zadebelitev (hipertrofija) levega prekata;
- ateroskleroza;
- koronarna srčna bolezen in srčni infarkt;
- srčno popuščanje;
- motnje prekrvavitve možganov in možganska kap;
- motnje delovanja ledvic.

## **1.6 Zdravljenje arterijske hipertenzije**

Poglavitni cilj zdravljenja arterijske hipertenzije je dolgoročno gledano največje možno zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti zaradi srčno-žilnih in ledvičnih bolezni. Treba je doseči ustrezen nadzor krvnega tlaka. Prav tako je treba odpravljati oziroma nadzorovati vse druge spremenljive dejavnike tveganja za srčno-žilne bolezni in ledvične bolezni. Če so že nastale okvare na tarčnih organih, je potrebno odpravljanje oziroma zdravljenje le-teh. Pri vseh pacientih je cilj krvni tlak znižati pod 140/90 mm Hg. Pri pacientih s povečanim tveganjem za srčno-žilne bolezni (sladkorna bolezen, ledvična okvara, bolniki po miokardnem infarktu ali možganski kapi) je treba krvni tlak znižati pod 130/80 mm Hg. Sprememba, ki vključuje izboljšanje življenjskega sloga posameznika, je pri pacientih z arterijsko hipertenzijo ključnega pomena (Accetto in sod., 2008a).

Sprememba življenjskega sloga naj vključuje (Madhur, 2014):

- zmanjšanje telesne teže (znižanje krvnega tlaka za 5–20 mm Hg na 10 kg);
- omejitev vnosa alkohola (30 ml etanola/dan (moški) in 15 ml etanola/dan (ženske) – znižanje krvnega tlaka za 2–4 mm Hg);
- omejitev vnosa natrija (2,4 g natrija ali 6 g natrijevega klorida – znižanje krvnega tlaka za 2–8 mm Hg);

- poskrbeti za zadosten vnos kalija (približno 90 mmol/dan);
- opustitev kajenja;
- zmanjšanje vnosa nasičenih maščob in holesterola;
- vključiti aerobno vadbo (vsaj 30 min/dan – znižanje krvnega tlaka za 4–9 mm Hg).

Za uravnavanje krvnega tlaka se poudarja pomembnost dobro zastavljenega prehranskega načrta, ki vključuje zmanjšanje količine zaužite soli, izgubo telesne teže in zmanjšanje uživanja alkohola. Sprememba v načinu prehranjevanja služi kot začetno zdravljenje visokega krvnega tlaka (stopnja 1) pred uvedbo farmakološkega zdravljenja (Appel in sod., 2006).

Če se kljub zdravemu življenjskemu slogu krvni tlak ne zniža, začnemo krvni tlak zniževati z zdravili. Urejanje krvnega tlaka se začne z zdravili, ki imajo 24-urno delovanje, tako da se pacientu omogoči jemanje enkrat dnevno. Pacienta je treba poučiti o delovanju in učinkih zdravil, ki se lahko pokažejo šele po nekaj tednih (Žemva, 2007).

Določitev farmakološkega zdravljenja je individualna odločitev med zdravnikom in pacientom. Vrednosti krvnega tlaka morajo biti vselej odvisne od pacientovih spremljajočih bolezni in organskih poškodb (na srcu, možganih, ledvicah in žilah) in njegove starosti. Danes je na voljo širok spekter učinkovitih zdravil za zniževanje krvnega tlaka, ki jim mora pacient dodati svoje lastnosti, kot so čas, potrpljenje in odločnost (Middeke, 2001).

Ločimo tri različne vrste zdravil, ki vplivajo na normalizacijo krvnega tlaka (Gončarov, 2012):

- skupina 1: v prvo skupino spadajo zdravila, imenovana diuretiki, ki pospešujejo nastajanje urina in s tem povečajo izločanje vode iz telesa, kar zmanjša volumen krvi in krvnega tlaka;
- skupina 2: sem sodijo zdravila, imenovana beta-blokatorji, ki olajšajo delo srca (upočasnjujejo srčno krčenje in zmanjšujejo njegovo moč, nižajo negativni učinek stresa in zmanjšujejo obremenitev srca);
- skupina 3: zdravila tega tipa vplivajo na širjenje in oženje krvnih žil. Njihova naloga je preprečevanje nastajanja hormona angiotenzina, ki vpliva na oženje krvnih žil. Prav tako v to skupino spadajo zaviralci angiotenzina II ter alfa-blokatorji, katerih naloga je sproščanje krvnih žil.

## 1.7 Zdravstvenovzgojno delo

Namen zdravstvenovzgojnega dela je skušati vplivati na ljudi, da postanejo dejavni, saj je le dejavno vključevanje temeljni pogoj za prevzem odgovornosti posameznika za lastno zdravje. To je mogoče doseči pod pogojem, da so ustrezno motivirani in obveščeni, zato morajo imeti dostop do informacij in možnost nadzirati dejavnike, ki vplivajo na zdravje (Hoyer, 2005).

Vodenje pacienta z arterijsko hipertenzijo zajema vsa ključna področja veščin, ki naj bi jih imela medicinska sestra (sposobnost dobre komunikacije s pacientom, ustrezno znanje, sposobnost organizacije dela na delovnem mestu in sodelovanje s celotnim

zdravstvenim timom). Delo s pacientom z arterijsko hipertenzijo temelji na spoznavanju navad, razvad in socialnih razmer njegovega dotedanjega življenja (Lorber in Potočnik, 2012).

Hoyer (2005) poudarja, da je komunikacija pretok sporočil med ljudmi, ki nas vključuje kot sprejemnike in oddajnike. Če hočemo izboljšati kakovost svoje komunikacije, moramo torej poskrbeti za oboje – kaj pošiljamo in kako to pošiljamo ter kako dobro sprejemamo, kar nam drugi dajo. V nadaljevanju Hoyer (2005) navaja, da je veliko tega, kar imamo skupnega v medsebojnih odnosih, na ravni idej in izkušenj. Povemo, kaj se je zgodilo, izmenjamo, kar vemo, razlagamo, kaj mislimo, sprašujemo, odgovarjamo in pokažemo, kaj nameravamo, posredujemo podatke, usmerjamo druge ter sporočamo želje. Ob tem je treba ustvariti vzdušje odprtosti, zaupanja in vzajemnega spoštovanja, da si lahko izmenjujemo življenjske izkušnje. Ljudje vedno bolj cenijo potrebo po globljih in bolj osebnih oblikah komunikacije.

Dobra obojestranska komunikacija ima pozitiven vpliv na izid zdravljenja. Naloga medicinske sestre je, da med terapevtskim pogovorom poskuša ugotoviti, ali se pacient zaveda svoje bolezni in jo sprejema, kako dobro pacient pozna svojo bolezen in njene škodljive posledice ter ali je seznanjen z nefarmakološkimi ukrepi, s katerimi lahko v veliki meri sam prispeva k izboljšanju bolezni oziroma k uspešnemu zdravljenju. Pri sami obravnavi pacienta v ambulantni je cilj doseči ciljni krvni tlak. Številni avtorji navajajo, da ima zelo nizek delež (10 %) zdravljenih pacientov ustrezno urejen krvni tlak. Vzroke za to najdemo v samem pacientu (pomanjkljivo sodelovanje, premalo samomeritev krvnega tlaka in nepoznavanje zdravil za samoregulacijo krvnega tlaka), prav tako pa v zdravstvenem osebju (premajhno vključevanje medicinske sestre v obravnavo bolnikov, kar posledično privede do nezadostne edukacije pacientov). Medicinska sestra mora imeti pravilen pristop in znanje, da pacienta pouči in ga spodbuja, da spremeni slabe navade, ohrani dobre ter se odloči za zdrav način življenja. Pri spremembi življenjskega načina življenja ima zelo pomembno vlogo motivacija. K uspešni motivaciji pripomore dobra zdravstvena osveščenost, saj je paciente, ki poznajo načela zdravega življenja, lažje spodbuditi za sodelovanje pri zdravljenju (Zupanc, 2009).

## **2 NAMEN, CILJI IN HIPOTEZE**

Namen diplomske naloge je na osnovi pregleda domače in tuje literature predstaviti arterijsko hipertenzijo ter v empiričnem delu z raziskavo ugotoviti ozaveščenost starostnikov o arterijski hipertenziji. V raziskavo smo vključili dve skupini starostnikov, ki živijo v lokalni skupnosti, in primerjali njihovo ozaveščenost o arterijski hipertenziji ter njihov življenjski slog. Prva skupina so bili starostniki, ki se vključujejo v Center dnevnih aktivnosti za starejše občane Koper (CDA), naključno izbrani starostniki v Zdravstvenem domu Koper (ZD) pa so predstavljali drugo skupino.

### **Cilji diplomske naloge so:**

- v teoretičnem delu predstaviti proces staranja in njegove posledice ter predstaviti srčno-žilne bolezni in njihove posledice s poudarkom na arterijski hipertenziji;
- predstaviti zdravstvenovzgojno delo medicinske sestre pri ozaveščanju ljudi o arterijski hipertenziji;
- na osnovi analize anketnih vprašalnikov primerjati znanje o arterijski hipertenziji med dvema skupinama anketiranih starostnikov;
- ugotoviti, od koga so starostniki, vključeni v raziskavo, pridobili informacije o arterijski hipertenziji;
- predstaviti življenjski slog anketirancev;
- na podlagi dobljenih rezultatov in ugotovitev podati predloge za izboljšavo.

### **Hipoteze**

Glede na namen in cilje diplomske naloge smo podali naslednji hipotezi:

H1: Starostniki, ki so vključeni v Center dnevnih aktivnosti za starejše občane, se bolj dosledno držijo zdravega življenjskega sloga, kot skupina starostnikov, ki ni vključena v CDA.

H2: Skupina starostnikov, vključena v CDA, je bolj ozaveščena o arterijski hipertenziji in njenih posledicah, kot skupina starostnikov, ki ni vključena v CDA.

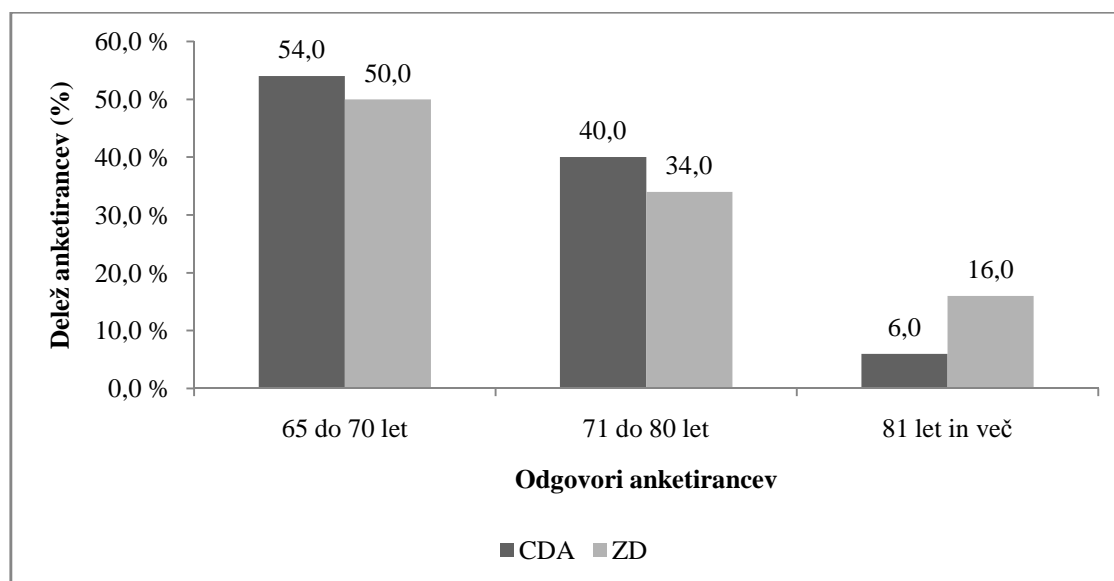
### 3 METODE DELA IN MATERIALI

#### 3.1 Vzorec

V raziskavi smo uporabili neslučajnostni namenski vzorec. V raziskavo smo vključili osebe, starejše od 65 let, in jih razdelili v dve skupini. V prvi raziskovalni skupini so sodelovali starostniki, ki so aktivno vključeni v CDA Koper. Drugo raziskovalno skupino so predstavljali naključno izbrani starostniki, ki so v času raziskave obiskali ambulantno splošne medicine v ZD Koper. Skupno število anketiranih starostnikov je bilo 100. Vzorec je enakomerno porazdeljen glede na vključenost starostnikov v CDA in naključno izbranimi starostniki v ZD ( $n = 50 : 50$ ). Večino vzorca predstavljajo ženske (71,0 %).

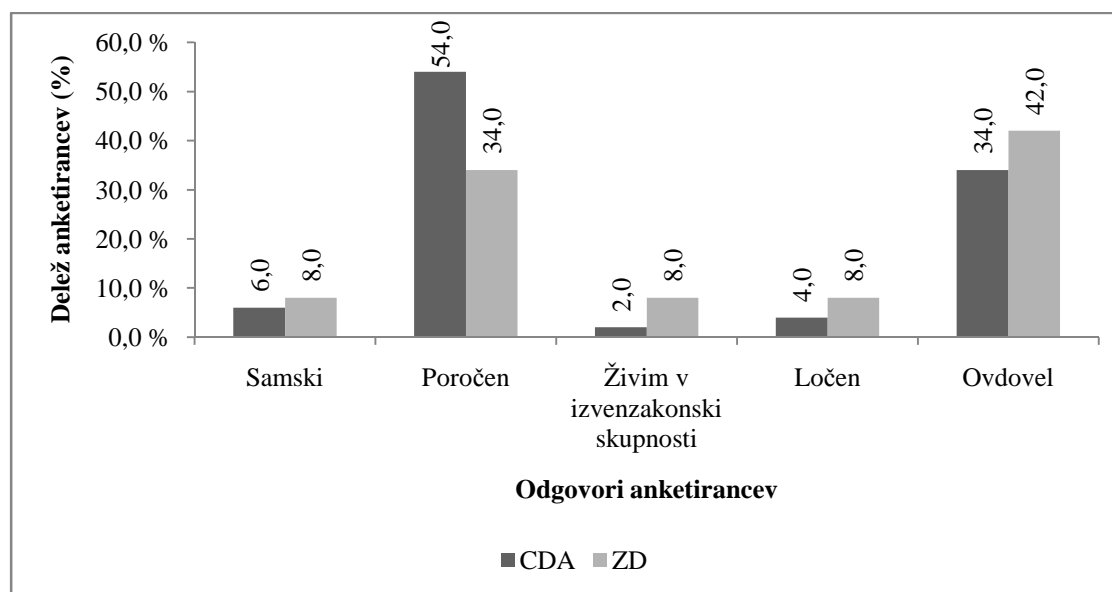
V obeh skupinah anketiranih starostnikov večinoma prevladujejo ženske (skupina v CDA = 66 %; skupina v ZD = 76 %). Delež moških je nekoliko višji v skupini vključenih v CDA (34 %) kot v skupini ZD.

V obeh skupinah anketiranih starostnikov približno polovico predstavljajo starostniki v starosti od 65 let do vključno 70 let. Izmed anketirancev, vključenih v CDA, je nekoliko večji delež (40 %) starih v skupini 71–80 let, medtem ko je v skupini ZD nekoliko večji delež najstarejših (81 let in več) (Slika 1).



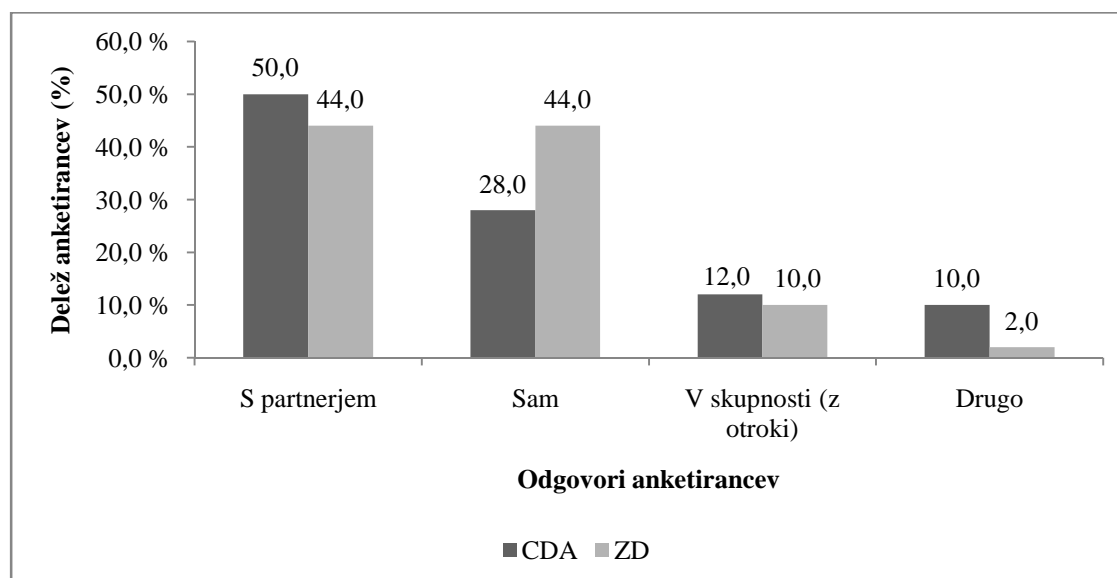
Slika 1: Starost anketirancev

Slika 2 prikazuje zakonski stan anketirancev. V skupini vključenih v CDA so v največji meri zastopani poročeni starostniki (54,0 %) in ovdoveli (34,0 %). V skupini ZD sta deleža poročenih in ovdovelih obratna (največji delež je ovdovelih – 42,0 %, poročenih je dobra tretjina). Ločeni in v izvenzakonski skupnosti živeči starostniki so v nekoliko večji meri zastopani v skupini izven CDA.



**Slika 2: Zakonski stan anketirancev**

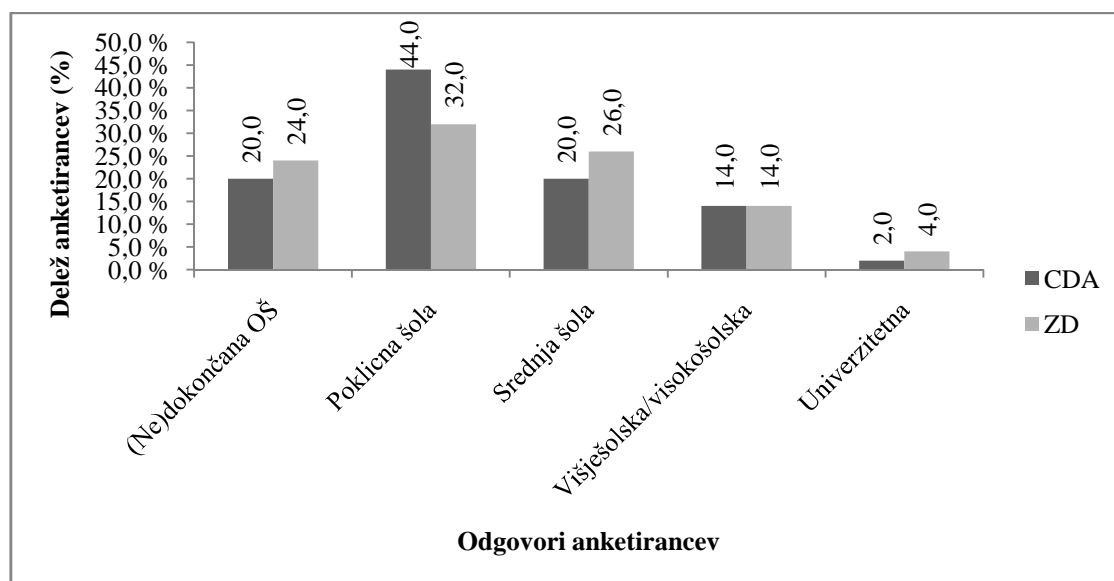
V obeh skupinah anketiranih večji delež živi s partnerjem, medtem ko je tistih, ki živijo sami, v skupini izven CDA dobršen delež več (44,0 %) kot v skupini vključenih v CDA (28,0 %). Manjši delež anketirancev je navedel, da živijo v skupnosti z otroki. Pod odgovor drugo so navedli, da živijo z vnuki (Slika 3).



**Slika 3: Življenje v skupnosti**

V skupini vključenih v CDA največji delež predstavljajo starostniki z zaključeno poklicno šolo (44,0 %). Sledita enaka deleža (20,0 %) anketiranih z osnovno ali srednjo šolo. V skupini ZD so starostniki glede na izobrazbo bolj razporejeni, in sicer je največ takšnih z zaključeno poklicno šolo (32,0 %), sledijo pa tisti z zaključeno srednjo šolo (26,0 %) in tisti z osnovno šolo (24,0 %) (Slika 4).





Slika 4: Najvišja dokončana izobrazba anketiranih

### 3.2 Postopek zbiranja podatkov in potek raziskave

Raziskava je bila izvedena v CDA Koper in v ZD Koper v obdobju med septembrom in novembrom 2014. Za zbiranje kvantitativnih podatkov smo uporabili merski instrument – anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen iz 25 vprašanj odprtega, zaprtega in polodprtega tipa. Prvi del anketnega vprašalnika je zajemal demografske podatke. V drugem delu anketnega vprašalnika nas je zanimala kakovost življenjskega sloga starostnikov. Nato so sledila vprašanja, s katerimi smo preverjali ozaveščenost starostnikov o srčno-žilnih obolenjih. Dve vprašanji sta bili odprtega tipa, kjer so starostniki morali sami napisati odgovore. Sledila so vprašanja, povezana z zdravljenjem starostnikov za srčno-žilnimi boleznimi, jemanjem terapije za arterijsko hipertenzijo in s samokontrolo krvnega tlaka. V zadnjem delu nas je zanimal vir pridobljenih informacij o arterijski hipertenziji ter dejavnikih tveganja za srčno-žilne bolezni. Zadnji dve vprašanji se nanašata na subjektivno mnenje starostnikov o kakovosti njihovega življenja. Uporabili smo petstopenjsko Likertovo lestvico z oceno od 1 do 5 (1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – niti slabo niti dobro, 4 – dobro, 5 – zelo dobro). Glede na starostno skupino anketirancev smo bili pri izpolnjevanju vprašalnikov vedno prisotni, če so potrebovali kakšno razlago za vprašanja. Odobritev anketiranja smo v CDA Koper pridobili zgolj z ustnim soglasjem. V Zdravstvenem domu Koper (ZD) smo vlogo za odobritev anketiranja v njihovi ustanovi pridobili preko elektronske pošte.

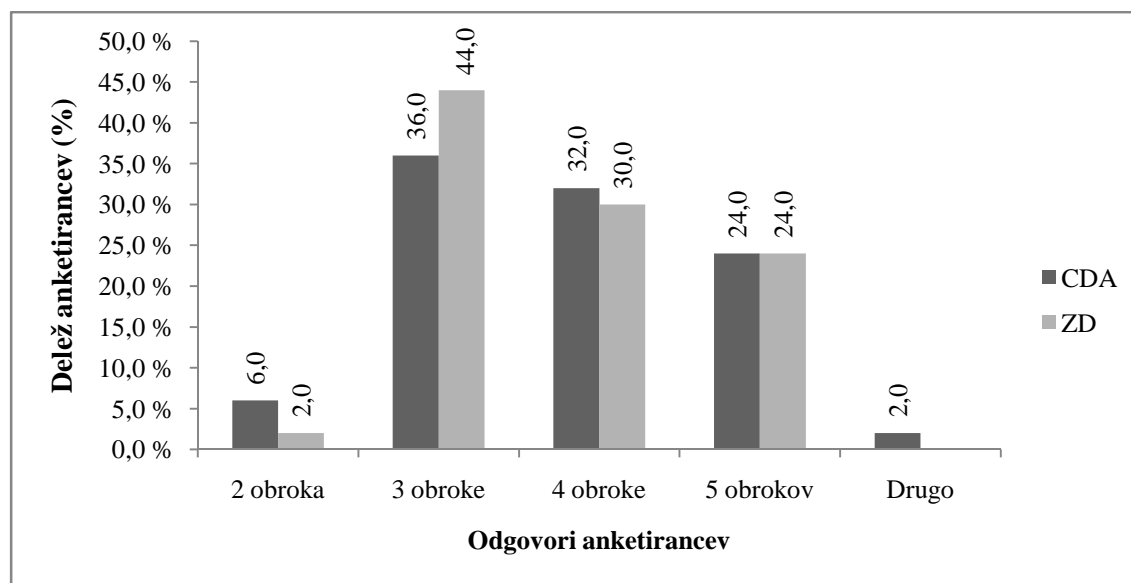
### 3.3 Urejanje in obdelava podatkov

Primarni podatki so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom in analizirani s pomočjo računalniškega programa SPSS 18.0. Rezultati so prikazani v obliki slik in preglednic. Za vse predstavljene rezultate primerjav obeh skupin anketirancev smo s Pearsonovim testom hi-kvadrat preverjali spremenljivko, ki povezuje vključenost anketirancev v CDA z drugimi spremenljivkami. Pri ugotavljanju razlik med skupinama smo se odločili za stopnjo značilnosti v vrednosti 0,05. Rezultate treh vprašanj smo interpretirali pri stopnji značilnosti 0,10.

## 4 REZULTATI

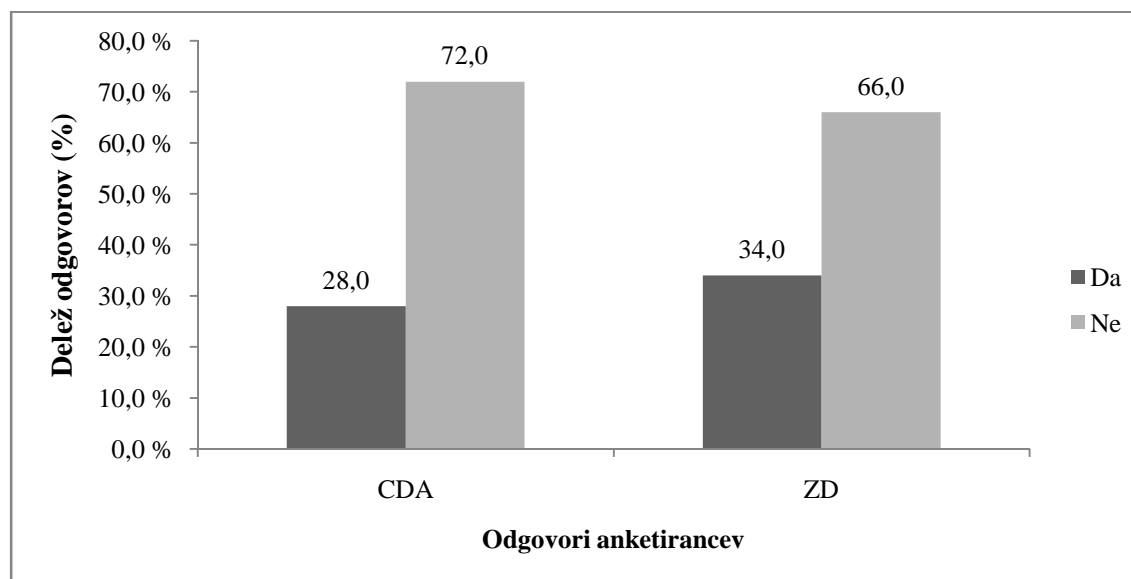
V nadaljevanju prikazujemo rezultate raziskave, ki je bila izvedena med dvema skupinama starostnikov.

V obeh skupinah enak delež anketirancev zaužije 5 obrokov na dan (24,0 %). V skupini ZD je več starostnikov, ki zaužijejo 3 obroke dnevno (44,0 %), kot pri vključenih v CDA (36,0 %). V skupini vključenih v CDA je več tistih, ki zaužijejo le 2 obroka dnevno (6,0 %), kot v skupini ZD (2,0 %) (Slika 5).



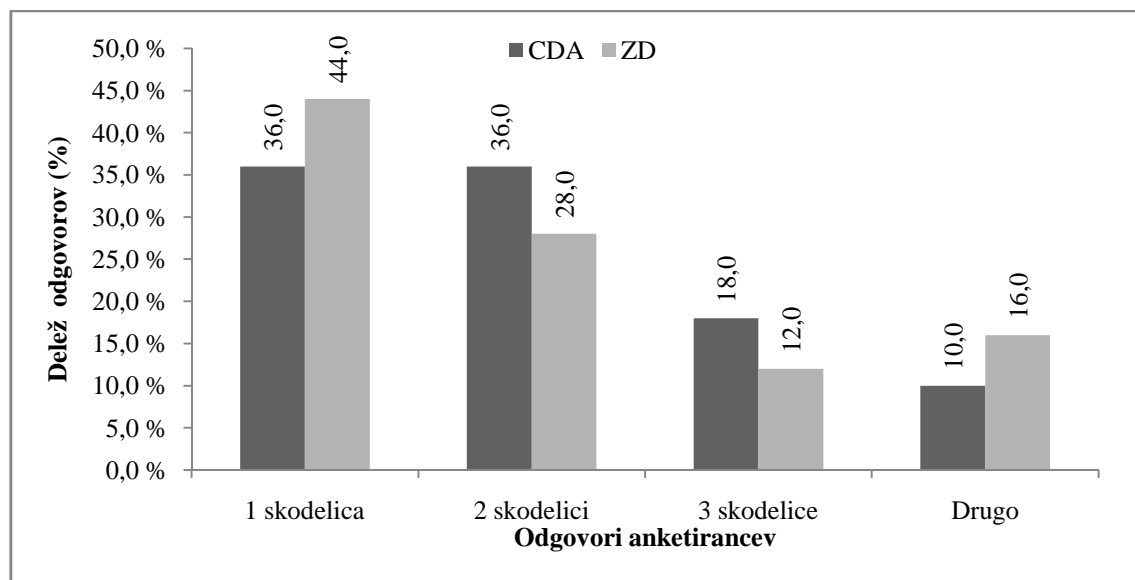
Slika 5: Število dnevno zaužitih obrokov

V obeh skupinah si večina anketiranih starostnikov ne dosoljuje hrane. Starostnikov, ki si hrano radi dosoljujejo, je več v skupini izven CDA (34,0 %) (Slika 6).



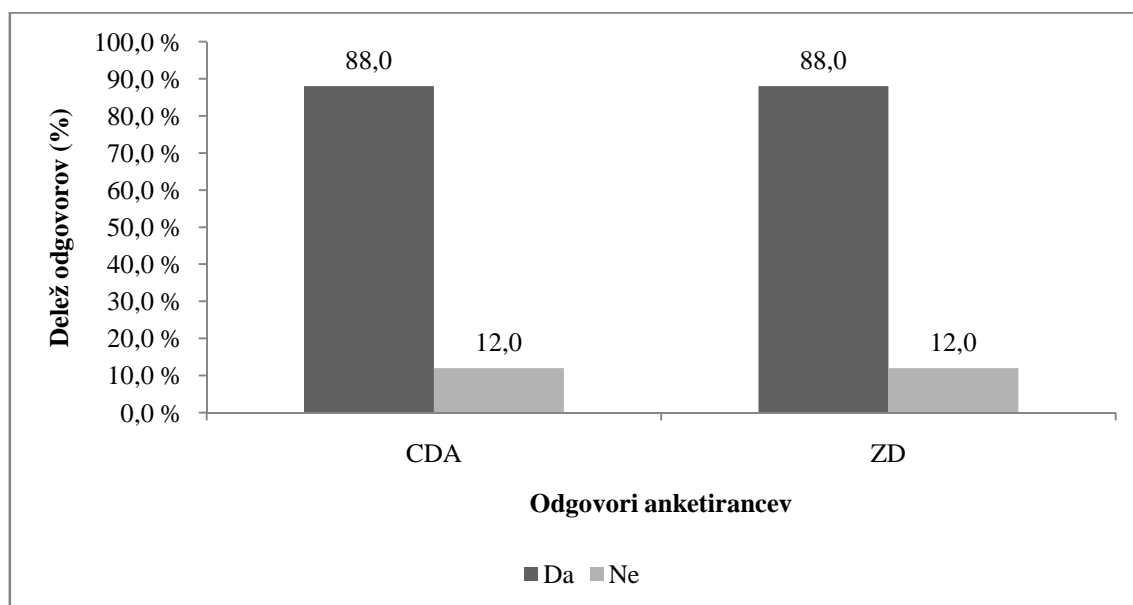
Slika 6: Dosoljevanje hrane

Slika 7 prikazuje število dnevno popitih skodelic kave anketiranih. V skupini ZD največ starostnikov popije 1 skodelico kave na dan (44,0 %). Sledijo tisti, ki popijejo 2 skodelici (28,0 %). V skupini CDA sta deleža tistih, ki popijejo eno, in tistih, ki popijejo dve skodelici kave na dan, enaka (36,0 %). Pod odgovor drugo so anketiranci navedli, da dnevno popijejo 2–3 turške kave, 4–5 kav dnevno in 2 kavi na mesec.



Slika 7: Število dnevno popitih skodelic kave

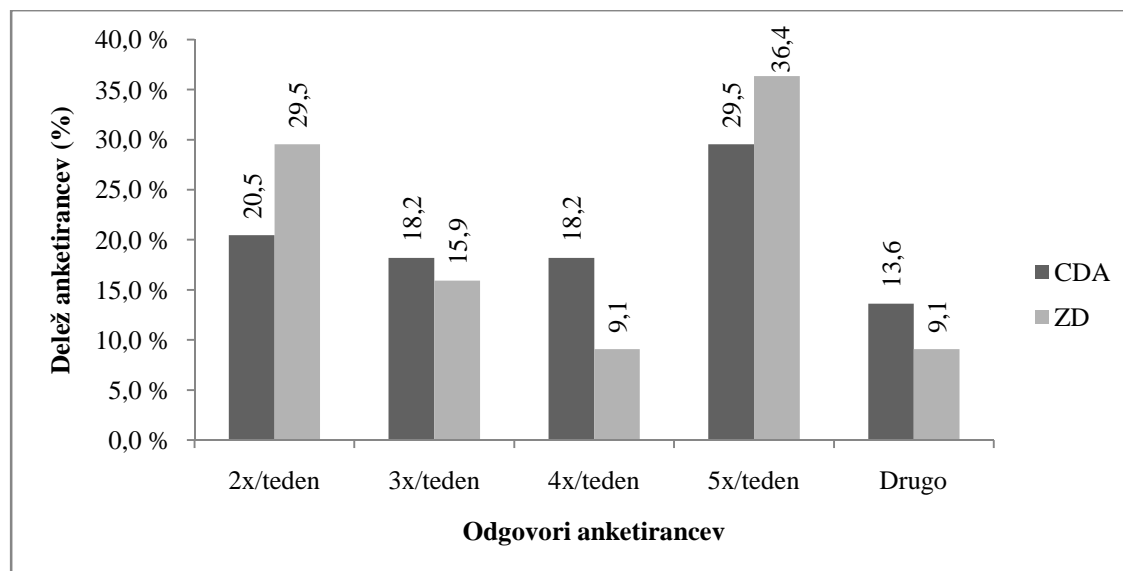
Starostniki so ne glede na skupino enako telesno aktivni oz. neaktivni. V obeh skupinah anketirancev prevladujejo telesno aktivni starostniki (88,0 %) (Slika 8).



Slika 8: Telesna aktivnost

Slika 9 prikazuje število tedenske telesne aktivnosti anketirancev. V obeh skupinah je največji delež starostnikov, ki so telesno aktivni 5-krat na teden, je pa delež takšnih starostnikov višji v skupini ZD (36,4 %) kot pri vključenih v CDA (29,5 %). V obeh

skupinah sledita deleža tistih, ki so telesno aktivni le 2-krat na teden. Takšnih je več v skupini ZD (29,5 %) kot med vključenimi v CDA (20,5 %). V skupini ZD je pol manj starostnikov kot vključenih v CDA, ki so telesno aktivni 4-krat na teden. Pod odgovor drugo so anketiranci navajali, da so aktivni vsak dan.



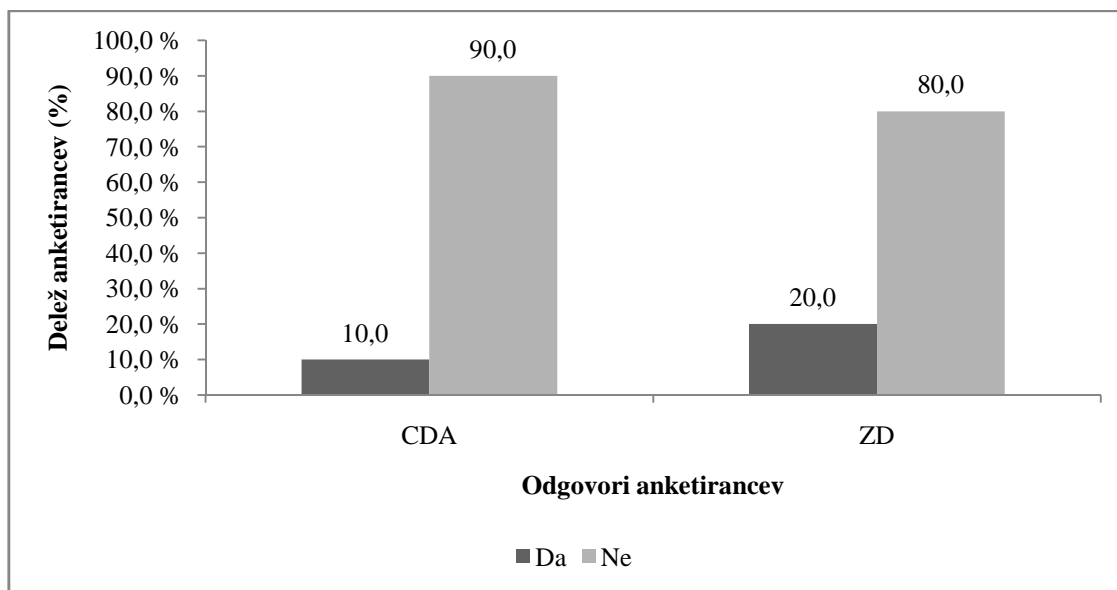
Slika 9: Število tedenske telesne aktivnosti

Iz spodnje preglednice (Preglednica 3) lahko razberemo, da so bili v izračunu indeksa telesne mase vključeni vsi anketiranci. V skupini CDA znaša najnižja vrednost ITM 18,7, najvišja vrednost pa 36,6. V skupini ZD je najmanjša vrednost ITM 18,4, največja pa 36,8. Skupina ZD ima v povprečju manjši ITM. Njena aritmetična sredina znaša 26,1 s standardnim odklonom 3,4.

Preglednica 3: Izračun ITM med anketiranci

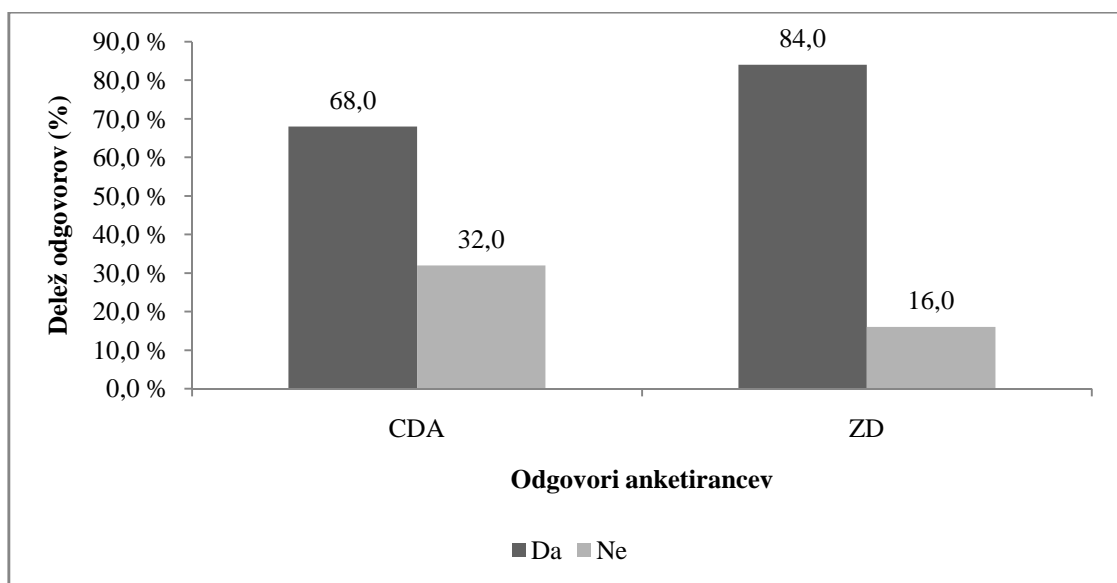
Skupini anketirancev/ ITM	N	Najnižja vrednost	Najvišja vrednost	Aritmetična sredina	Standardni odklon
CDA	50	18,7	36,6	27,410	3,9049
ZD	50	18,4	36,8	26,078	3,3871

V obeh skupinah izrazito prevladujejo nekadilci. Večji delež kadilcev je v skupini ZD (20,0 %) (Slika 10).



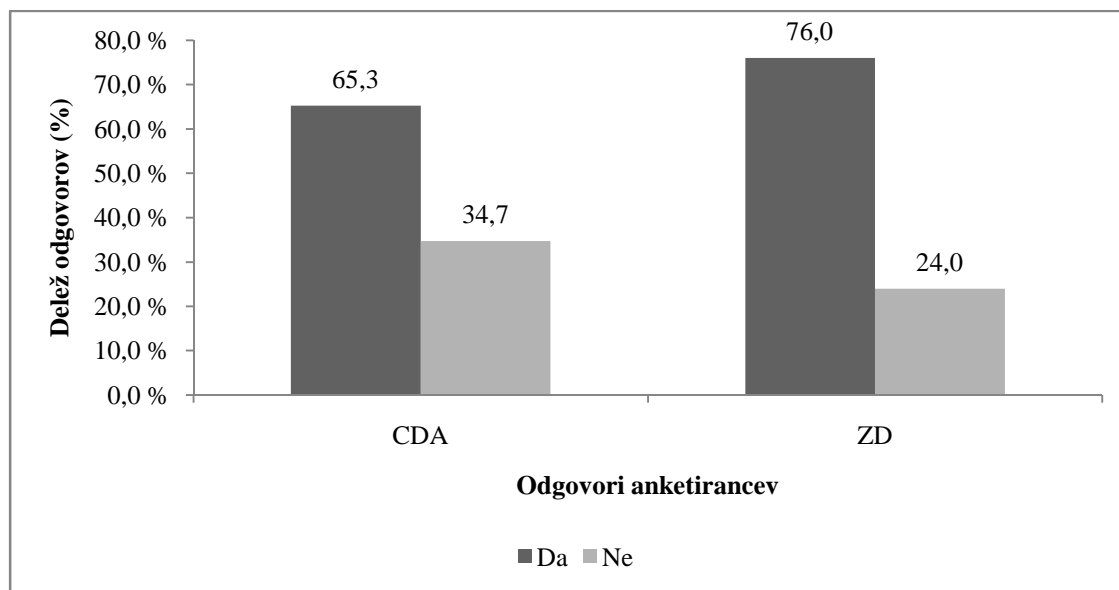
Slika 10: Kajenje

V obeh skupinah več kot polovica anketirancev pozna srčno-žilna obolenja. Tistih, ki le-teh ne poznajo, je še enkrat toliko v skupini vključenih v CDA (32,0 %) kot tistih v skupini ZD (Slika 11).



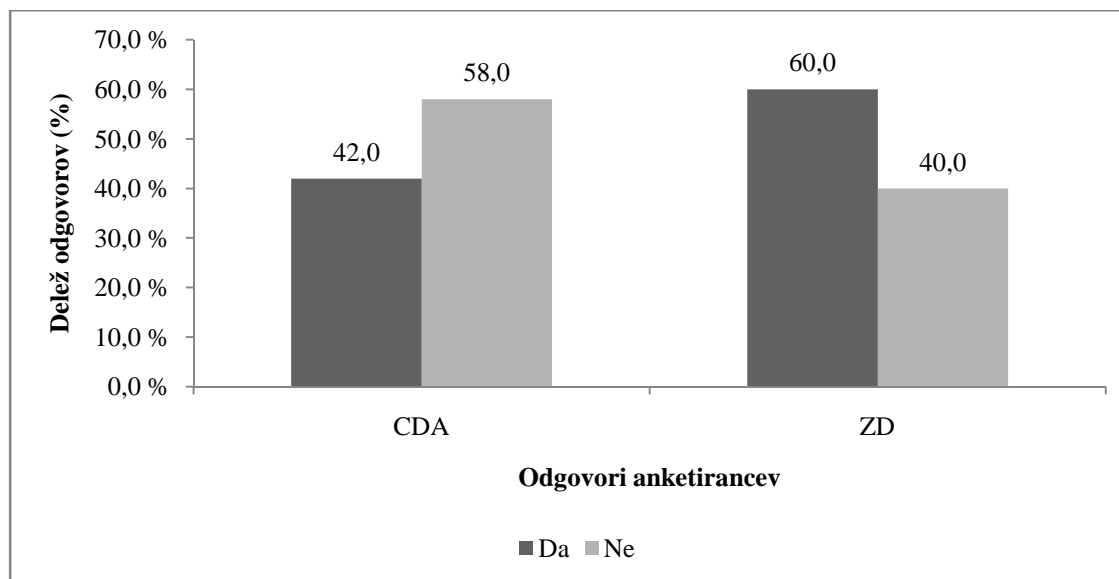
Slika 11: Poznavanje srčno-žilnih obolenj

Iz Slike 12 je razvidno, da v obeh skupinah večji delež anketiranih starostnikov pozna najpogostejše povzročitelje srčno-žilnih bolezni. Tistih, ki le-teh ne poznajo, je več v skupini vključenih v CDA (34,7 %) kot tistih v skupini ZD (24 %).



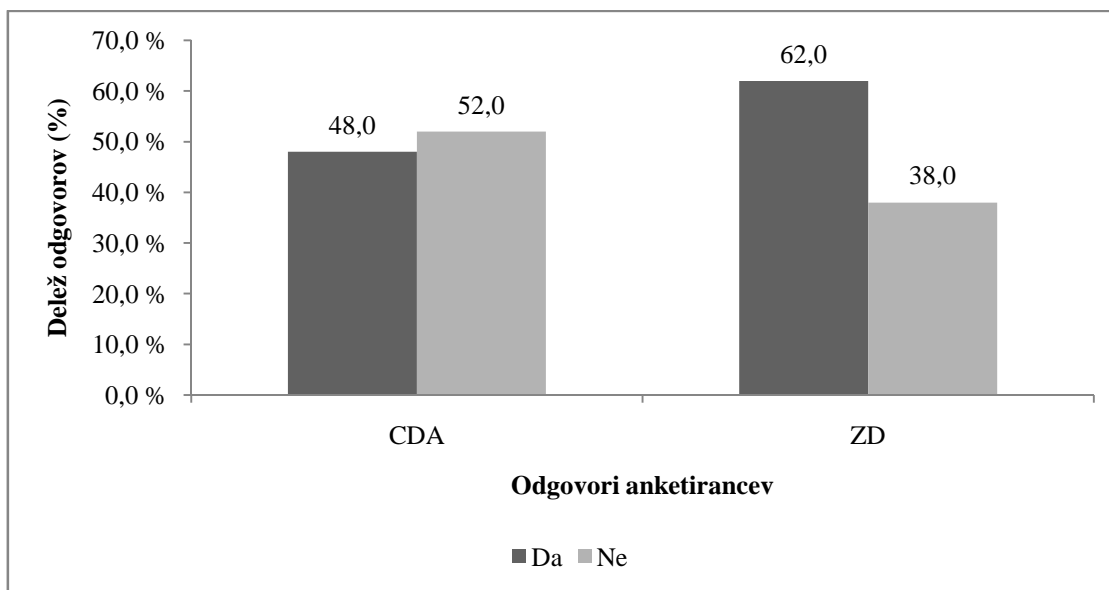
**Slika 12: Poznavanje najpogostejših povzročiteljev srčno-žilnih bolezni**

Slika 13 prikazuje delež anketiranih v obeh skupinah, ki se zdravijo za srčno-žilnimi boleznimi. Iz slike je razvidno, da se jih več zdravi v skupini ZD (60,0 %) kot v skupini CDA (42,0 %).



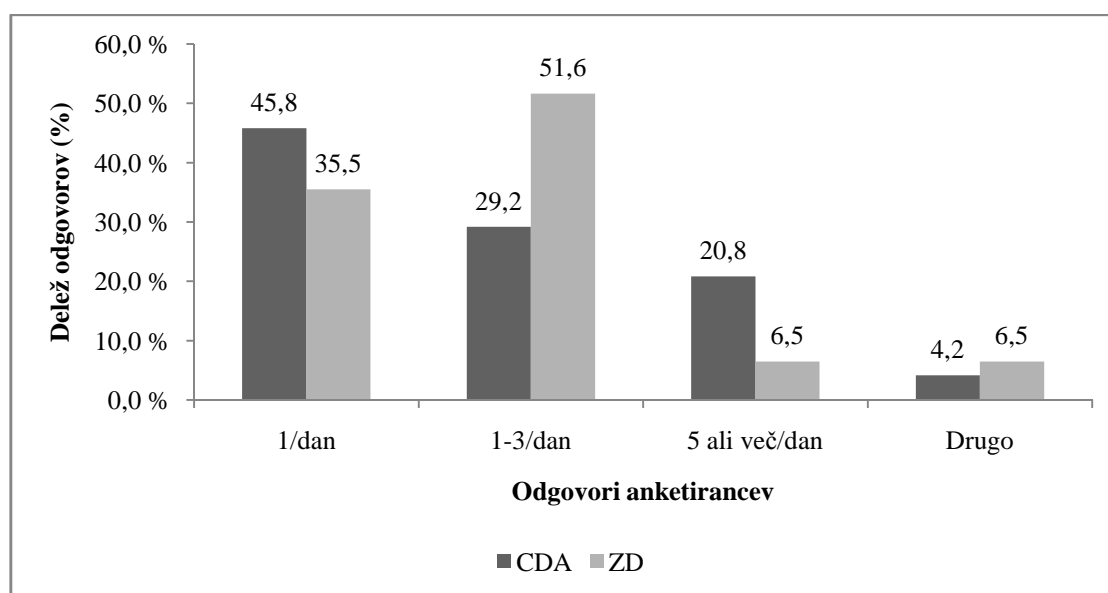
**Slika 13: Zdravljenje za srčno-žilnimi boleznimi**

Večina anketiranih starostnikov v skupini ZD jemlje zdravila za zdravljenje arterijske hipertenzije (62,0 %), medtem ko večji delež anketiranih, vključenih v CDA, teh zdravil ne jemlje (52,0 %) (Slika 14).



**Slika 14: Jemanje zdravil za zdravljenje AH**

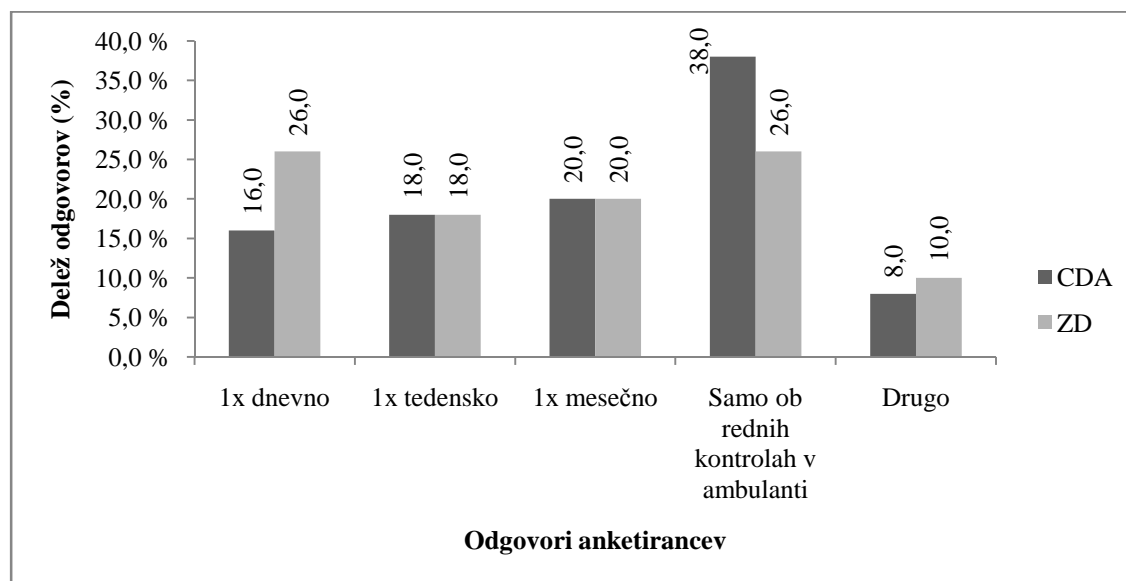
Večji delež anketiranih starostnikov v skupini ZD jemlje 1–3 tablete (51,6 %), medtem ko največji delež starostnikov, vključenih v CDA, jemlje 1 tableto na dan (45,8 %). V skupini vključenih v CDA je vidno višji delež tistih, ki jemljejo 5 tablet ali več na dan (20,8 %). Nekaj anketiranih je pod odgovor drugo navedlo, da jemljejo le ½ tablete na dan (Slika 15).



**Slika 15: Število dnevno zaužitih zdravil za zdravljenje AH**

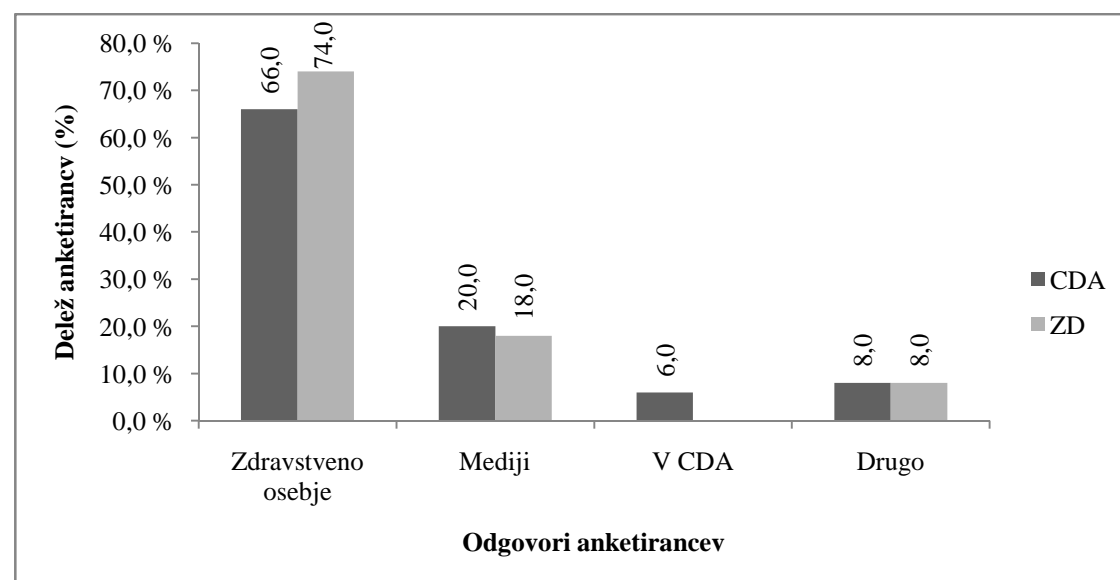
V skupini vključenih v CDA je največji delež anketiranih, ki si kontrolirajo krvni tlak samo ob rednih kontrolah v ambulantni, sledijo pa tisti, ki si ga kontrolirajo 1-krat mesečno (20,0 %). V skupini ZD so v enakih deležih zastopani tisti, ki si krvni tlak kontrolirajo 1-krat dnevno, in tisti, ki si ga kontrolirajo samo ob rednih kontrolah (26,0 %). Anketirani so navajali še, da si kontrolirajo krvni tlak, ko se slabo počutijo, po

potrebi, občasno (3-krat/letno) in kjer koli je kontrola mogoča (akcije, obisk domačega zdravnika) (Slika 16).



**Slika 16: Pogostost kontroliranja krvnega tlaka**

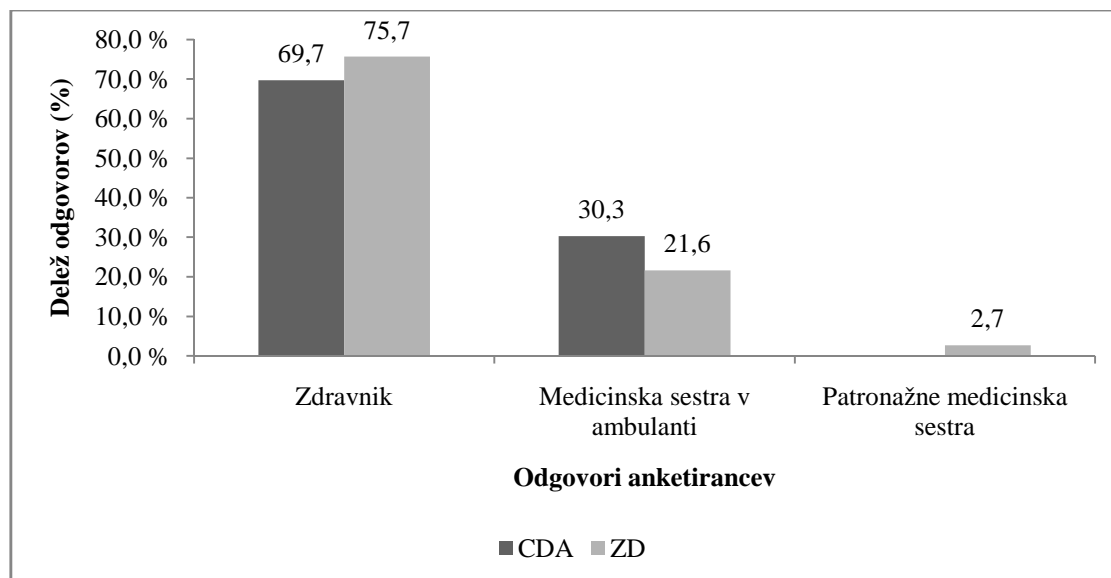
Zanimalo nas je, kje so starostniki, vključeni v raziskavo, pridobili informacije o arterijski hipertenziji in dejavnikih tveganja. V obeh skupinah je večina starostnikov pridobila informacije o arterijski hipertenziji od zdravstvenega osebja. Sledi delež anketirancev, ki so informacije pridobili preko medijev. Pri odgovoru »drugo« so navedli, da so informacije pridobili tudi v koronarnem društvu, na raznih predavanjih, iz literature, preko medijev, bolnih sorodnikov v ožjem družinskem krogu in pri telovadbi (Slika 17).



**Slika 17: Način pridobitve informacij o arterijski hipertenziji in dejavnikih tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni**

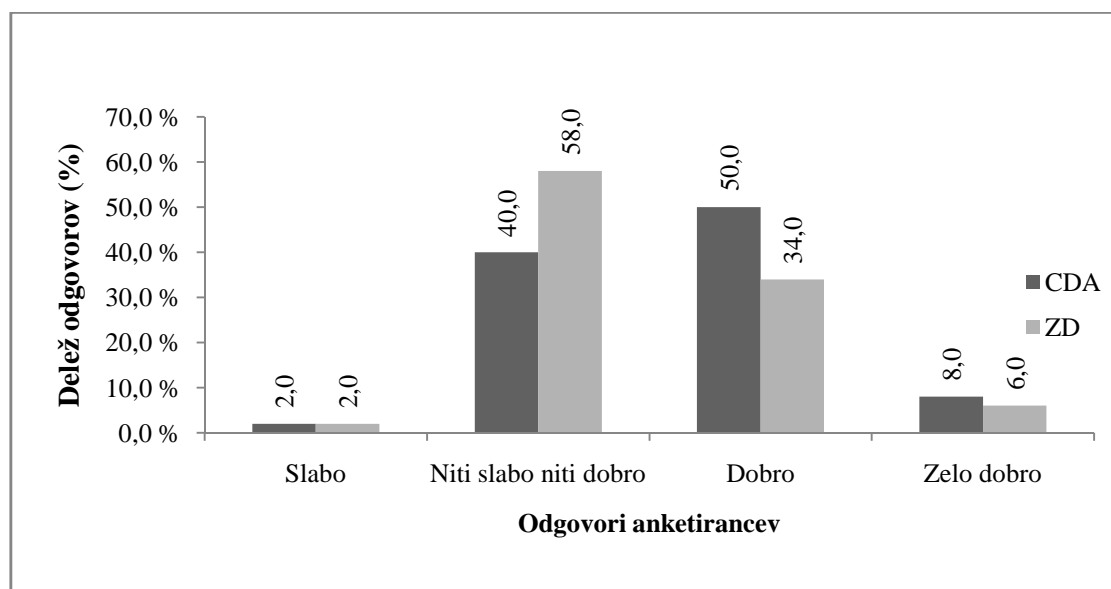


Večina anketirancev, ki je navedla, da dobi informacije od zdravstvenega osebja, le-te v največji meri prejme od zdravnika. Preostali vključeni v CDA informacije prejmejo od medicinske sestre (30,3 %), medtem ko v skupini ZD v manjši meri informacije prejmejo tudi od patronažne medicinske sestre (Slika 18).



Slika 18: Način pridobitve informacij o arterijski hipertenziji, zdravstveno osebje

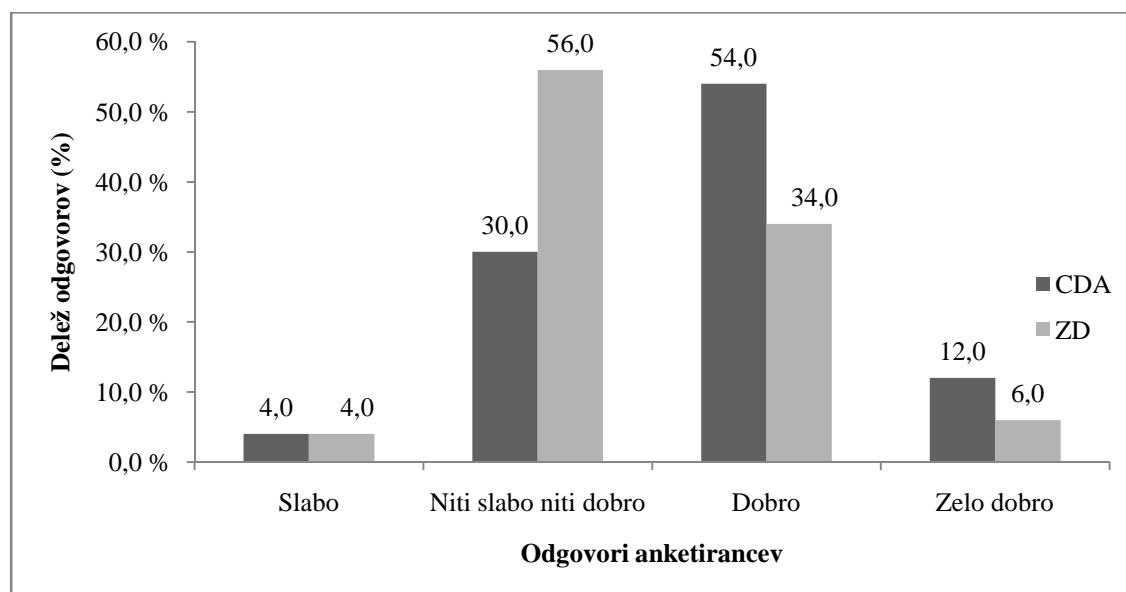
Anketiranci, vključeni v skupino CDA, bolje ocenjujejo kakovost svojega življenja – večji delež ga ocenjuje kot *dober ali zelo dober* (58,0 %), medtem ko večji delež anketiranih v skupini ZD ocenjuje kakovost kot *niti slabo niti dobro* (Slika 19).



Slika 19: Subjektivno mnenje o kakovosti življenja od 1 do 5

V nadaljevanju smo anketirancem zastavili vprašanje, kako bi ocenili način življenja z zdravstvenega vidika oziroma v smislu upoštevanja načel zdravega življenjskega sloga. Anketiranci so na vprašanje odgovarjali z oceno od 1 do 5, pri čemer je ocena 1 pomenila *zelo slabo*, ocena 5 pa *zelo dobro*. Anketirani starostniki, vključeni v CDA,

bolje ocenjujejo svoj življenjski slog v primerjavi z drugo skupino – večji delež ga ocenjuje kot *dober* ali *zelo dober* (66,0 %), medtem ko ga večji delež v skupini ZD ocenjuje kot *niti slabo niti dobro* (56,0 %) (Slika 20).



Slika 20: Subjektivno mnenje o kakovosti življenja z vidika zdravega življenjskega sloga

Statistično značilna povezanost vključenosti anketirancev v CDA se je pri stopnji 0,05 izkazala le pri vprašanju o zdravem življenjskem slogu (hi-kvadrat = 6,784,  $p = 0,009$ ). Skupina anketirancev, vključena v CDA, statistično značilno bolje ocenjuje svoj zdrav življenjski slog kot skupina ZD, kar lahko trdimo z 0,9-odstotnim tveganjem.

Pri nekoliko višji stopnji značilnosti 0,10 se je statistično značilna povezanost vključenosti v CDA izkazala pri treh vprašanjih, in sicer:

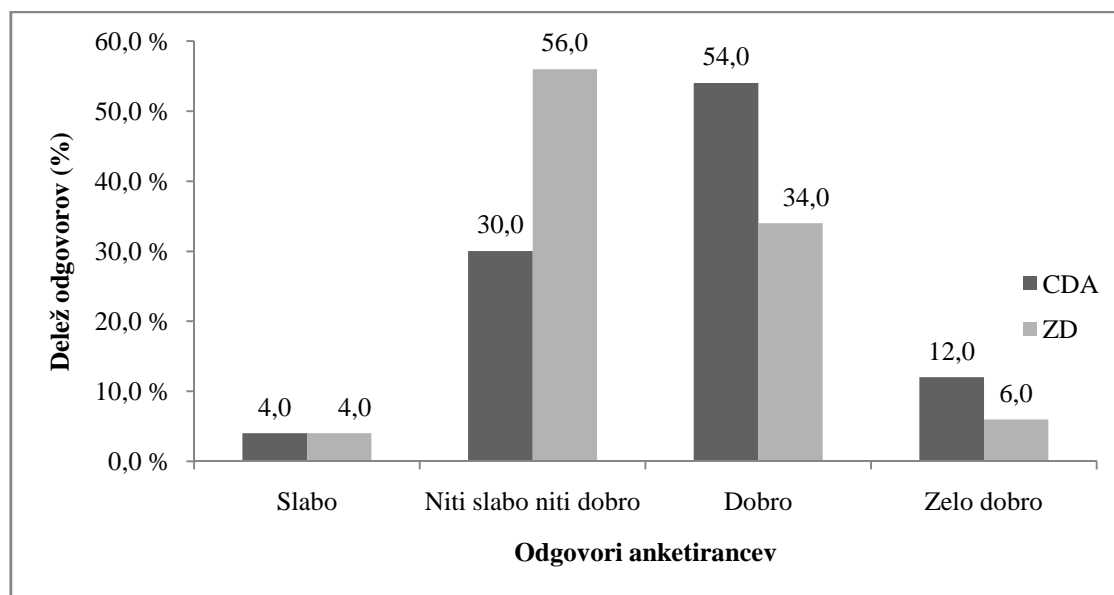
- poznavanje srčno žilnih obolenj (hi-kvadrat = 3,509,  $p = 0,061$ ) – skupina izven CDA statistično značilno bolj pozna srčno-žilna obolenja kot vključeni v CDA, kar lahko trdimo s 6,1-odstotnim tveganjem;
- zdravljenje za srčno-žilnimi obolenji (hi-kvadrat = 3,241,  $p = 0,072$ ) – anketirani starostniki v skupini izven CDA se statistično značilno v večjem številu zdravijo za srčno žilnimi obolenji kot vključeni v CDA, kar lahko trdimo s 7,2-odstotnim tveganjem;
- kakovost življenja (hi-kvadrat = 3,241,  $p = 0,072$ ) – skupina vključenih v CDA statistično značilno bolje ocenjuje kakovost svojega življenja kot skupina izven CDA, kar lahko trdimo s 7,2-odstotnim tveganjem.

Pri ostalih vprašanjih vključenost v CDA ni statistično značilno povezana s spremenljivko, torej razlike med skupinama niso statistično pomembne.

#### 4.1 Preverjanje hipotez

Hipoteza 1: *Starostniki, ki so vključeni v CDA, se bolj dosledno držijo zdravega življenjskega sloga kot skupina starostnikov, ki ni vključena v CDA.* Hipotezo smo preverili na dva načina:

- preverili smo, kako starostniki ocenjujejo način njihovega življenjskega sloga z zdravstvenega vidika;
- na osnovi podrobnejših vprašanj smo preverili njihove navade in kakšen življenjski slog z zdravstvenega vidika dejansko imajo.



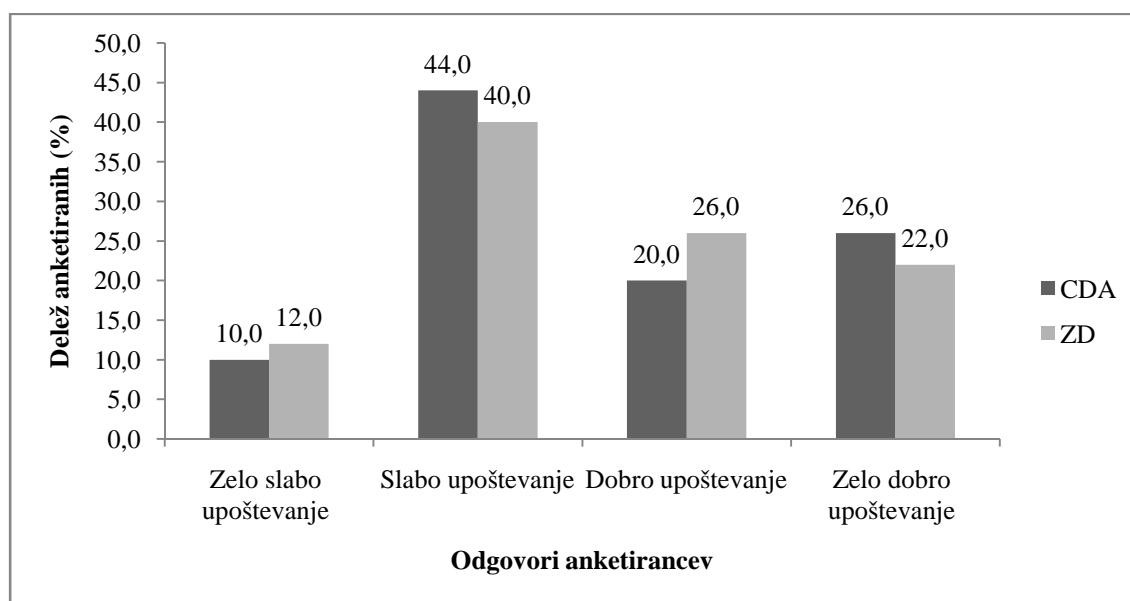
**Slika 21: Subjektivna ocena starostnikov o življenjskem slogu z zdravstvenega vidika glede na vključenost v CDA**

Iz Slike 21 je razvidno, da večji delež starostnikov, vključenih v CDA, svoj življenjski slog ocenjuje kot *dober* (54,0 %) ali *zelo dober* (12,0 %), medtem ko več kot polovica starostnikov v skupini ZD ocenjuje svoj življenjski slog kot *niti slab niti dober* (56,0 %) ali *slab* (4,0 %). S Pearsonovim testom hi-kvadrat smo preverili, ali obstaja povezanost med vključenostjo v CDA in oceno zdravega življenjskega sloga. Povezanost je statistično značilna (hi-kvadrat = 6,784,  $p = 0,009$ ). Na osnovi tega lahko trdimo, da imajo starostniki, vključeni v CDA, bolj zdrav življenjski slog kot starostniki v skupini ZD, in potrjujemo hipotezo. Poudariti je treba, da gre v tem primeru za subjektivno mnenje anketirancev, ki je odvisno od samokritičnosti posameznika.

Doslednost upoštevanja zdravega življenjskega sloga smo merili s 6 vprašanji (vprašanja od 8 do 13). Oblikovali smo novo spremenljivko »zdrav življenjski slog«, ki smo jo dobili s točkovanjem odgovorov od 8 do 13. Točke se gibljejo od 0 do 13, kjer nižje točke pomenijo *zelo slabo upoštevanje*. Točke smo določili na podlagi načel upoštevanja zdravega življenjskega sloga.

- **Koliko obrokov hrane na dan zaužijete?**  
a) 2 obroka (1 točka), b) 3 obroke (2 točki), c) 4 obroke (3 točke), d) 5 obrokov (4 točke)
- **Ali si hrano radi dosoljujete?**  
a) Da (0 točk), b) Ne (1 točka)
- **Če pijete kavo, koliko skodelic kave popijete čez dan?**  
a) 1 (4 točke), b) 2 (3 točke), c) 3 (2 točki), d) 4 (1 točka)

- **Ali ste telesno aktivni (vsaj 30 min dnevno)?**  
a) Da (1 točka), b) Ne (0 točk)
- **Kolikokrat na teden ste telesno aktivni?**  
a) 2x (1 točka), b) 3x (2 točki), c) 4x (3 točke), d) 5x (4 točke)
- **Ali ste kadilec/kadilka?**  
a) Da (0 točk), b) Ne (1 točka)



Slika 22: Upoštevanje življenjskega sloga starostnikov z zdravstvenega vidika, ki se kaže glede na vključenost v CDA

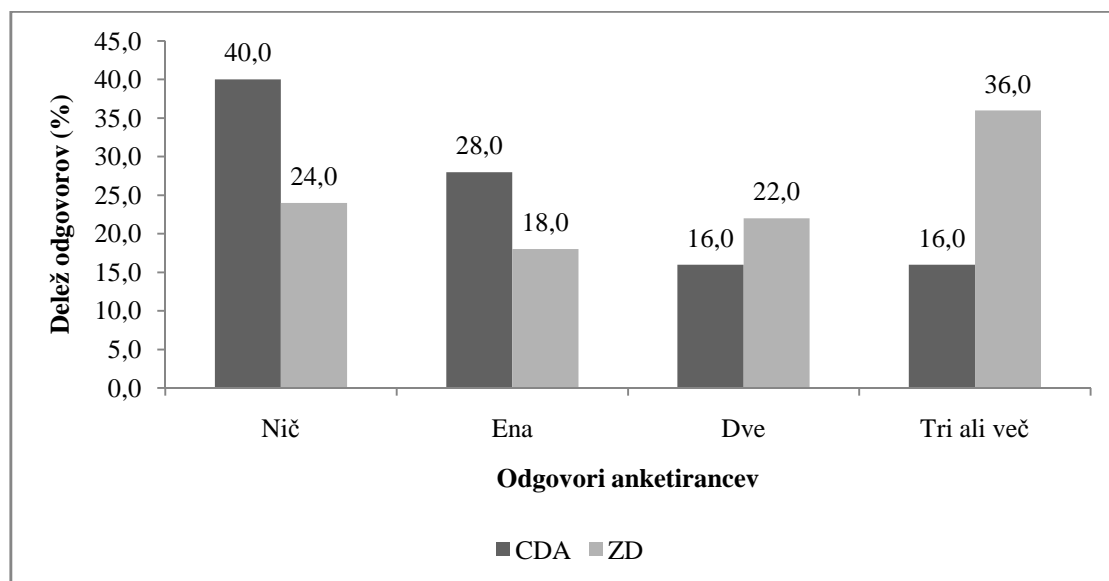
Med anketiranci obeh skupin, torej ne glede na vključenost v CDA, se kaže podoben vzorec navad glede zdravega načina življenja. Največji delež anketirancev je v obeh skupinah tistih, ki slabo upoštevajo načela zdravega načina življenja (za 4 % je več vključenih v CDA). Izmed anketirancev, ki dobro ali zelo dobro upoštevajo načela zdravega načina življenja, je nekoliko višji delež v skupini ZD (48,0 %) v primerjavi s 46,0 % vključenih v CDA. Med anketiranci, ki zelo slabo upoštevajo načela zdravega načina življenja, je nekoliko višji delež v skupini ZD (12,0 %) v primerjavi z 10,0 % vključenih v CDA.

Povezanost vključenosti v CDA in zdravega načina življenja ni statistično značilna pri stopnji značilnosti 0,05, kar smo preverili s Pearsonovim testom hi-kvadrat (hi-kvadrat = 0,744,  $p = 0,863$ ). Iz pregleda deležev se kaže, da anketiranci iz skupine ZD boljše upoštevajo načela zdravega načina življenja (višji delež tistih, ki upoštevajo dobro/zelo dobro, in hkrati nižji delež tistih, ki upoštevajo slabo/zelo slabo) kot anketiranci, vključeni v CDA. Na osnovi tega rezultata **zavračamo hipotezo**.

**Hipoteza 2: Skupina starostnikov, vključena v CDA, je bolj ozaveščena o arterijski hipertenziji in njenih posledicah kot skupina starostnikov, ki ni vključena v CDA.**

Ozaveščenost o arterijski hipertenziji smo merili z vprašanjem o poznavanju posledic, ki nastanejo zaradi povišanega krvnega tlaka. Odprto vprašanje smo kodirali glede na

to, koliko posledic so anketiranci znali naštet. Večje število posledic obravnavamo kot večjo ozaveščenost.



**Slika 23: Število pravilno naštetih posledic**

Iz slike 23 je razvidno, da je v skupini ZD pravilno naštel tri posledice ali več 36,0 % anketirancev, v skupini CDA pa le 16,0 %. Prav tako izstopa 40,0 % anketirancev iz skupine CDA, ki niso naštel niti ene posledice. Razvidno je, da je o arterijski hipertenziji bolj ozaveščena skupina izven CDA. Povezanost vključenosti v CDA in ozaveščenosti smo preverjali s Pearsonovim testom hi-kvadrat. Povezanost statistično ni značilna pri stopnji 0,05 (hi-kvadrat = 7,407,  $p = 0,060$ ). Na osnovi tega rezultata **zavračamo hipotezo.**

**Preglednica 4: Odgovori anketiranih o posledicah AH**

Odgovori	CDA (št. odgovorov)	ZD (št. odgovorov)
Kap (srčna kap, možganska kap)	22	28
Infarkt	11	19
Težave z ožiljem	5	11
Smrt	3	3
Obremenitev srca	1	/
Obolenja ledvic	2	7
Invalidnost	1	/
Omotica, vrtoglavica	2	5
Slabost, utrujenost	/	1
Srčno-žilne bolezni	/	2

## 5 RAZPRAVA

V diplomskem delu smo s pomočjo raziskave ugotavljali ozaveščenost starostnikov o srčno-žilnih boleznih s poudarkom na arterijski hipertenziji. Različni strokovnjaki ugotavljajo, da je visok krvni tlak pri starejših ljudeh množičen pojav (Miller, 2009). Arterijska hipertenzija se obravnava kot velik javni zdravstveni problem, povezan s precejšno obolevnostjo in umrljivostjo prebivalstva v civiliziranih deželah. Pomembno je ohranjanje zdravih življenjskih navad oziroma spreminjanje le-teh. Raziskave kažejo na obstoječo povezavo med zvišanjem sistoličnega krvnega tlaka in naraščanjem starosti. V raziskavi »Multiple Risk Factors Intervention Trial« je bilo dokazano 15-kratno večje tveganje za možgansko/srčno kap pri tistih udeležencih, katerih sistolični krvni tlak je bil  $\geq 180$  mm Hg, in 7-kratno večje tveganja za nastanek ishemičnih bolezni srca kot pri udeležencih z optimalnim krvnim tlakom (Kostis, 2008).

**Hipoteza 1:** *Starostniki, ki so vključeni v CDA, se bolj dosledno držijo zdravega življenjskega sloga kot skupina starostnikov, ki ni vključena v CDA.*

Starostniki, ki obiskujejo CDA, imajo možnost vključevanja na različne družabne igre, delavnice, zdravstvena predavanja itd. Poleg tega gre za starostno skupino, ki jo pestijo podobne zdravstvene težave, o katerih si lahko informacije izmenjajo med seboj. Hipotezo smo preverjali na dva načina. Preverili smo, kako starostniki subjektivno ocenjujejo način njihovega življenjskega sloga z zdravstvenega vidika. Nato smo na osnovi podrobnejših vprašanj o njihovih navadah preverili, kakšen življenjski slog z zdravstvenega vidika dejansko imajo. Ugotovili smo, da anketiranci pri neposrednem vprašanju svoj življenjski slog ocenjujejo nadpovprečno dobro, kar se je izkazalo pri posrednem vprašanju, kjer smo poizvedovali o njihovih navadah. Pri drugem načinu preverjanja se je pokazalo, da anketiranci slabo upoštevajo načela zdravega življenjskega sloga. Največji delež starostnikov, vključenih v CDA, je mnenja, da dobro upoštevajo načela zdravega življenjskega sloga, posredno pridobljeni podatki pa nakazujejo slabo upoštevanje. V skupini ZD je večina starostnikov mnenja, da imajo niti slab niti dober življenjski slog, posredni pridobljeni podatki pa ponovno nakazujejo na slabše upoštevanje. Menimo, da je do različnih rezultatov glede upoštevanja načel zdravega življenjskega sloga prišlo zaradi premajhne samokritičnosti pri neposrednem vprašanju o subjektivnem mnenju anketirancev, kar nam potrjujejo tudi različni rezultati o upoštevanju načel zdravega življenjskega sloga, ki so bili pridobljeni posredno.

**Hipoteza 2:** *Skupina starostnikov, vključena v CDA, je bolj ozaveščena o arterijski hipertenziji in njenih posledicah kot skupina starostnikov, ki ni vključena v CDA.*

Na podlagi zgoraj omenjenih prednosti CDA smo zastavili tudi drugo hipotezo. Ozaveščenost o arterijski hipertenziji smo merili z vprašanjem o poznavanju posledic, ki nastanejo zaradi povišanega krvnega tlaka. Odprto vprašanje smo kodirali glede na to, koliko posledic so anketiranci znali naštet. Večje število posledic obravnavamo kot večjo ozaveščenost. Tri posledice ali več je v skupini ZD naštel dobra tretjina (36,0 %) anketirancev, v skupini CDA pa le 16,0 % anketirancev. Niti ene posledice ni navedlo 40,0 % anketirancev iz skupine CDA. Naši podatki o meritvah krvnega tlaka prav tako nakazujejo večjo ozaveščenost skupine ZD, kar kažeta pogostost merjenja krvnega tlaka 1-krat dnevno (ZD 26,0 %, CDA 16,0 %) in merjenje krvnega tlaka samo ob rednih kontrolah (ZD 26,0 %, CDA 38,0 %). Na podlagi večjega števila pravilno naštetih

posledic arterijske hipertenzije in pogostosti merjenja krvnega tlaka skupine ZD smo zastavljeno hipotezo zavrnili. Menimo, da bi skupina ZD lahko posledično imela več znanja o posledicah arterijske hipertenzije na podlagi deleža anketirancev, ki se zdravijo za srčno-žilnimi boleznimi (60,0 %) v primerjavi s skupino CDA, kjer se zdravi 42,0 % anketiranih.

Zanimiv podatek nam pokažejo rezultati o telesni aktivnosti anketirancev, ki je v starosti za vzdrževanje aktivnega življenjskega sloga zelo pomembna. V obeh skupinah so prevladovali starostniki, ki so telesno aktivni 5-krat tedensko. Obenem pa zaskrbljujoč podatek nakazuje povprečje indeksa telesne mase obeh skupin. Če dobljene rezultate primerjamo z literaturo, ugotovimo, da imata obe skupini v povprečju kategorijo, ki se obravnava kot zvišana telesna masa (ITM nad 25).

V naši raziskavi smo uživanje 5 manjših dnevnih obrokov vrednotili kot večje upoštevanje zdravega življenjskega sloga. Prevladujoče število starostnikov obeh skupin dnevno zaužije 3 obroke hrane. Starostniki obeh skupin dobro poznajo škodljive učinke kuhinjske soli oziroma dosoljevanja hrane na uravnavanje krvnega tlaka, kar nakazuje tudi prevladujoče število anketirancev obeh skupin, ki si hrane ne dosoljujejo. V povprečju obe skupini starostnikov dnevno popijeta 1 do 2 skodelici kave. Manjše število dnevno popitih skodelic kave smo vrednotili kot boljše upoštevanje načel zdravega življenjskega sloga. Med raziskavo smo ugotovili, da se anketiranci dobro zavedajo škodljivih učinkov kajenja na zdravje, kar je razvidno tudi iz dobljenih rezultatov, kjer imata obe skupini prevladujoč delež nekadilcev.

Iz raziskave je razvidno, da je večina anketirancev pridobila informacije o arterijski hipertenziji in dejavnikih tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni od zdravstvenega osebja. Starostniki so v večji meri navajali prejete informacije preko osebnega zdravnika in medicinske sestre v ambulantni. Če primerjamo rezultate z raziskavo »Ozaveščenost ljudi o posledicah krvnega tlaka«, ugotovimo, da so naši in njihovi rezultati skladni glede načina pridobitve informacij (Marinšek, 2012). Menimo, da je zdravstvenovzgojno delo medicinske sestre in ostalega zdravstvenega osebja ključnega pomena pri ozaveščanju populacije o zdravem načinu življenja in škodljivih dejavnikih tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni. Če je populacija dobro informirana o bolezni, lahko boljše sledi načelom zdravega življenjskega sloga oziroma pacienti lažje in z večjo mero motivacije sodelujejo pri samem procesu zdravljenja.

Glede na rezultate raziskave, kjer smo ugotovili, da ima skupina starostnikov, ki obiskujejo CDA, manjše znanje o dejavnikih tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni in posledicah ter boljše pogoje za pretok informacij, predlagamo večji poudarek na preventivnem ozaveščanju starostnikov o dejavnikih tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni. Starostniki, ki obiskujejo CDA, imajo to prednost, ker se imajo možnost kot aktivni člani skupine vključevati na različna predavanja. Iz vidika skupinskega druženja bi lahko izvedli različne delavnice, koticke, predavanja na temo zdravega življenjskega sloga, dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni in preventivnega ravnanja zoper nastanek srčno-žilnih bolezni ter organizirana izobraževanja, prilagojena starostni skupini glede na zgoraj omenjene teme. Starostniki skupine CDA so v največjem številu navajali, da si krvni tlak merijo le ob rednih kontrolah. Glede na to, da pregledana literatura pogosto navaja pomembnost merjenja krvnega tlaka in vodenje evidence let tega, bi lahko organizirali v sklopu zdravstvenega koticčka tudi merjenje krvnega tlaka, kjer bi jih naučili pravilne tehnike samomeritve in evidentiranja krvnega tlaka.

## 6 ZAKLJUČEK

Srčno-žilne bolezni danes predstavljajo vodilno silo za nastanek obolevnosti, prezgodnjo invalidnost in umrljivost prebivalstva. Starostniki so dobro ozaveščeni o dejavnikih tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni, vendar posvečajo premalo pozornosti preventivnemu ukrepanju zoper določene dejavnike tveganja, na katere ima človek vpliv.

Glede na to, da je visok krvni tlak, še vedno, eden izmed najpogostejših vzrokov za srčno-žilne bolezni, bi bilo treba še dodatno ozaveščati populacijo o dejavnikih tveganja in preventivnem ukrepanju ter educirati o pravilnem načinu merjenja krvnega tlaka in vodenju evidence krvnega tlaka, predvsem pa velik poudarek posvetiti ozaveščanju o posledicah nezdravljenega krvnega tlaka.

V današnjem času so informacije o srčno-žilnih boleznih dostopne na različne načine, vendar je skupina starostnikov pri poseganju po teh informacijah omejena. Treba bi se bilo zavzeti za omenjeno skupino in dati poudarek delavnicam, predavanjem, izobraževanjem v sklopu oskrbe na domu in promoviranju zdravega načina življenja. Pomembno vlogo pri zdravstvenovzgojnem delu ima zdravstveno osebje, med katerimi so najštevilčnejše medicinske sestre, ki so kompetentne za zdravstvenovzgojno delo in od katerih starostniki z arterijsko hipertenzijo pričakujejo veliko mero pomoči, in sicer na način razumevanja situacije, v kateri se je starostnik znašel. Zadostno znanje medicinske sestre o bolezni in posledično posredovanje informacij bolniku je ključ do uspešnih medosebnih odnosov in uspešne terapije komunikacije med medicinsko sestro in starostnikom. Edukacija starostnikov je ključnega pomena za motivacijo preventivnega ukrepanja posameznika in tudi že obolelih v procesu zdravljenja, od katere je v veliki meri odvisna uspešnost zdravljenja.



## LITERATURA

- ACCETTO, R. in SALOBIR, B., 2010. Epidemiologija arterijske hipertenzije – regionalne razlike. V: Dolenc, P, ur. *XIX. strokovni sestanek Sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož, 2.–3. December 2010*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo, str. 7–16.
- ACCETTO, R., 2004. *Esencialna arterijska hipertenzija*. Ljubljana: Sekcija za arterijsko hipertenzijo, str. 161–170.
- ACCETTO, R., BRGULJAN-HITIJ, J., DOBOVIŠEK, J., DOLENC, P. in SALOBIR, B., 2008a. Slovenske smernice za zdravljenje arterijske hipertenzije 2007. *Zdravstveni vestnik*, letn. 77, št. , str. 349–63.
- ACCETTO, R., FARKAŠ, J. in ZALETEL-KRAGELJ, L., 2008b. Obravnava bolnikov z arterijsko hipertenzijo: dosedanje izkušnje in možnosti za izboljšanje. *Zdravstveni vestnik*, letn. 77, št. , str. 97–102.
- APPEL, J. L., BRANDS, M. W., DANIELS, S. R., KARANJA, N., ELMER, P. J. in SACKS, F. M., 2006. Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement from the american heart association [spletni vir]. *Hypertension*, letn. 47, št.2, str. 296–308. [Datum dostopa 1.2.2006 ]. Dostopno na <http://hyper.ahajournals.org/content/47/2/296.full>
- BREWER, S., 2010. Premagovanje visokega krvnega tlaka: popolni dopolnilni zdravstveni program. Maribor : Videotop, str. 17-30.
- BRGULJAN-HITIJ, J., 2008. Vizije in problemi v zdravljenju hipertenzije. V: Dolenc, P., ur. *XVII. strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož, 27.–28. november 2008*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo, str. 7-11.
- BRGULJAN-HITIJ, J., 2013. Pristop k zdravljenju in ciljne vrednosti krvnega tlaka. V: Dolenc, P., ur. *XXII. Strokovni sestanek sekcije za hipertenzijo, Ljubljana, 6. december 2013*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za hipertenzijo, str. 23.
- BUNKER, J., 2014. Hypertension: diagnosis, assessment and management. *Nursing Standard*, letn. 28, št. 42, str. 50–59.
- FAULHABER, H. D., 2006. *Obvladajmo visok krvni tlak*. Ljubljana: Mladinska knjiga založba, str. 30-55.
- FRAS, Z., MAUČEC-ZAKOTNIK, J., GOVC-ERŽEN, J., VRBOVŠEK, S. in LESKOŠEK, B., 2012. *Srčno-žilna preventiva v Sloveniji – zgodba o uspehu in/ali kako smo lahko še boljši*. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije – Slovenska hiša srca, str. 10-28.
- GONČAROV, A., 2012. *Naravno zdravljenje; visok krvni pritisk*. Ljubljana: Begen, str. 2-20.

- GRİČAR, M., 2014. Diagnostika in zdravljenje bolnika s hipertenzijo in koronarno srčno boleznijo. V: Dolenc, P., ur. *XXIII. strokovni sestanek združenja za hipertenzijo, Ljubljana, 5. december 2014*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje za hipertenzijo, str. 23-33.
- HLEBEC, V., KAVČIČ, M. in OGULIN-POČRVINA, G., 2013. *Staranje, izziv za izobraževanje in medgeneracijsko sodelovanje*. Ljubljana: Zveza ljudskih univerz Slovenije, str. 6-7.
- HOYER, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, str. 130-139.
- KAPŠ, P., KAPŠ, R., KAPŠ, P. in KAPŠ, S., 2009. *Bolezni srca in žilja*. Novo mesto: Grafika Tomi, str. 7.
- KOSTIS, J. B., 2008. Treating hypertension in the very old. [spletni vir]. *The New England journal of medicine*, let. 358, št. 18, str. 1958–1960. [Datum dostopa 1.5.2008]. Dostopno na <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMe0801709>
- LAMPE, T., POLJŠAK, B., 2011. *Proces staranja: vzroki, posledice in ukrepi*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, str. 4.
- LORBER M., POTOČNIK, Š. *Življenjske navade pacientov z arterijsko hipertenzijo v domačem okolju*. Obzor Zdrav Neg. 2012;46(3):245–50.
- MADHUR, M. S., 2014. *Practice essentials* [spletni vir]. [Datum dostopa 30.09.2014 ]. Dostopno na <http://emedicine.medscape.com/article/241381-overview>
- MARINŠEK, D., 2012. *Ozaveščenost ljudi o posledicah visokega krvnega tlaka*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, str. 47.
- MIDDEKE, M., 2001. *Kako brez zdravil znižati visok krvni tlak*. Ptuj: In obs medicus, str. 69-87.
- MILLER, B., 2009. *Prikriti morilci: skrite nevarnosti v našem telesu*. Ljubljana: Tuma, str. 131.
- NAJI, F., 2014. Bolnik s hipertenzijo in atrijsko fibrilacijo. V: Dolenc, P., ur. *XXIII. strokovni sestanek združenja za hipertenzijo, Ljubljana, 5. december 2014*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje za hipertenzijo, str. 13-17.
- NATALI, A., 2005. Endothelial function and dysfunction. Part II: Association with cardiovascular risk factors and diseases. A statement by the Working Group on Endothelins and Endothelial Factors of the European Society of Hypertension\* [spletni vir]. *Jurnal of hypertension*, letn. 2005, št. 23, str. 233–246. [Datum dostopa 8.9.2004]. Dostopno na [http://www.researchgate.net/profile/Andrea\\_Natali/publication/8069736\\_Endothelial\\_function\\_and\\_dysfunction.\\_Part\\_II\\_Association\\_with\\_cardiovascular\\_risk\\_factors\\_and\\_diseases.\\_A\\_statement\\_by\\_the\\_Working\\_Group\\_on\\_Endothelins\\_and\\_Endothelial\\_Factors\\_of\\_the\\_European\\_Society\\_of\\_Hypertension/links/0912f50f5718d6f50b000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Andrea_Natali/publication/8069736_Endothelial_function_and_dysfunction._Part_II_Association_with_cardiovascular_risk_factors_and_diseases._A_statement_by_the_Working_Group_on_Endothelins_and_Endothelial_Factors_of_the_European_Society_of_Hypertension/links/0912f50f5718d6f50b000000.pdf)

- PICKERING, T. G., 2008. *Stress, white coat hypertension, and masked hypertension*. Dallas, Texas: American Heart Association, str. 289.
- PITINO, A., 2012. *Arterijska hipertenzija – dejavnik tveganja: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 8.
- RAMOVŠ, J., 2003. *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Statistični urad Republike Slovenije, 2012. *Vse starejši in vse dlje aktivni* [spletni vir]. [Datum dostopa 9. 10. 2012]. Dostopno na <http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=504>
- VUKAN, V., 2012. Arterijska hipertenzija; primerjava zaviralcev ACE in sartanov. *Farmacevtski vestnik*, letn. 64, št. 1, str. 3–10.
- YUSUF, S., REDDY, S., OUNPUU, S. in ANAND, S., 2001. Global burden of cardiovascular diseases: part i: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. Hamilton: McMaster Clinic, str. 2746-2753.
- ZUPANC, A., 2009. *Uspešnost zdravljenja arterijske hipertenzije v ambulantni*. Portorož: Klinični oddelek za hipertenzijo, str. 9-20.
- ŽALAR, A., 2003. *Zdravstvena vzgoja za obvladovanje visokega krvnega tlaka*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, str. 5-8.
- ŽELEZNIK, D., 2010. Vloga medicinske sestre pri starostnikih s kroničnimi obolenji. V: Kavaš, E., Zrim, M., Lebar, Z. in Šumak, I., ur. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, str. 6–14.
- ŽEMVA, A., 2007. *Zdravila za srce in ožilje*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, str. 26.

## POVZETEK

Diplomska naloga obravnava področje ozaveščenosti starostnikov o srčno-žilnih boleznih s poudarkom na arterijski hipertenziji, ki predstavlja vse večjo obolevnost ljudi po svetu. Arterijska hipertenzija je glavni dejavnik tveganja za nastanek možganske kapi, odpovedi srca, anevrizme, obolenja perifernih arterij ter kroničnega obolenja ledvic. Diplomska naloga je sestavljena iz teoretičnega dela, kjer so predstavljeni staranje in s staranjem povezana arterijska hipertenzija, dejavniki tveganja, zdravljenje ter zdravstvenovzgojno delo.

V empiričnem delu diplomske naloge so predstavljeni rezultati raziskave, ki prikazujejo ozaveščenost dveh skupin starostnikov o poznavanju dejavnikov tveganja in posledic arterijske hipertenzije. Prva skupina starostnikov obiskuje Center dnevnih aktivnosti Koper, v drugo skupino pa spadajo naključno izbrani starostniki v Zdravstvenem domu Koper. Za pridobitev informacij o življenjskem slogu starostnikov in njihovih navadah ter poznavanju srčno-žilnih bolezni smo uporabili anketni vprašalnik. Vprašanja so bila statistično obdelana in podatki analizirani s pomočjo računalniškega programa SPSS 18.0, rezultati pa prikazani s pomočjo grafov in slik.

Ugotovili smo, da so starostniki iz skupine ZD bolj ozaveščeni o arterijski hipertenziji in njenih posledicah kot starostniki iz skupine CDA. Na podlagi posrednih vprašanj smo ugotovili, kakšen življenjski slog imajo starostniki, in ga primerjali s tem, kaj sami menijo o lastnem življenjskem slogu. Raziskava je pokazala, da starostniki obeh skupin slabo upoštevajo načela zdravega življenjskega sloga. Ozaveščenost o arterijski hipertenziji smo merili s številom pravilno naštetih posledic visokega krvnega tlaka.

**Ključne besede:** arterijska hipertenzija, starostnik, življenjski slog, ozaveščenost starostnikov, dejavnik tveganja, visok krvni tlak.

## SUMMARY

The area of interest of graduation thesis is to raise awareness among elderly people about cardiovascular diseases, specific about arterial hypertension. In recent years more and more people suffer from this disease. The consequences of arterial hypertension are brain stroke, heart failure, various kidney diseases etc.

Graduation thesis is composed from theoretical and empirical part. In theoretical part we introduce some facts about arterial hypertension including causes for disease and medical treatment of people suffering from this diseases. In empirical part two groups of elderly people are asked how well they are aware about arterial hypertension. One group belong to Center dnevnih aktivnosti Koper and the other to Zdravstveni dom Koper. Questionnaire is used as a method of gaining facts about arterial hypertension awareness. Later we use graphs and figures to represent results of research.

Findings of research are that elderly people belonging to Zdravstveni dom Koper are more aware about arterial hypertension than elderly people from Center dnevnih aktivnosti Koper. We asked them about living habits as well. At the end we also want to find out who is responsible to inform them about the disease. Medical staff inform them about facts of disease.

**Keywords:** arterial hypertension, elderly, lifestyle, awareness of elderly people, risk factors, high blood pressure

## **ZAHVALA**

Iskreno se zahvaljujem mentorici mag. zdr. neg., pred. Esteri Benko za pomoč, strokovno delo in svetovanje pri izdelavi diplomske naloge.

Posebna zahvala gre mojim staršem, bratu, fantu, sorodnikom in prijateljem, ki so me spodbujali in mi v času študija stali ob strani.

Hvala tudi vodstvu Zdravstvenega doma Koper ter Centra dnevnih aktivnosti Koper, ki so mi v izbranih inštitucijah omogočili opravljanje raziskave.

## **PRILOGE**

### **Priloga 1: Anketni vprašalnik**

#### **ANKETNI VPRAŠALNIK**

Pozdravljeni,

sem Nika Ocvirk, študentka Fakultete za vede o zdravju Izola Univerze na Primorskem, in pripravljam diplomsko nalogo z naslovom Ozaveščenost starostnikov o arterijski hipertenziji. Namen diplomske naloge je ugotoviti, življenjski slog starostnikov in kako so starostniki ozaveščeni o arterijski hipertenziji. Zato se na Vas obračam s prošnjo za sodelovanje v raziskavi. Vaše sodelovanje je ključno, saj le z vašimi odgovori lahko dobimo vpogled v življenjski slog starostnikov ter njihovo ozaveščenost o arterijski hipertenziji.

Anketa je anonimna, za izpolnjevanje pa boste potrebovali približno 5 minut časa. Zbrani podatki bodo obravnavani strogo zaupno in uporabljeni izključno za pripravo diplomske naloge.

Za vaše sodelovanje se vam prijazno zahvaljujem.

Nika Ocvirk

#### **Navodila za izpolnjevanje:**

Prosim, da na vprašanja odgovorite tako, da obkrožite črko pred ustreznim odgovorom ali odgovor dopišete na črto.

**1. Prosimo, označite vaš spol.**

- a) Moški
- b) Ženski

**1. Starost (dopišite): \_\_\_\_ let**

**2. Zakonski stan:**

- a) Samski/a
- b) Poročen/a
- c) Živim v izvenzakonski skupnosti
- d) Ločen/a
- e) Ovdovel/a

**3. S kom živite v skupnosti:**

- a) S partnerjem
- b) Sam
- c) V skupnosti (z otroci)
- d) Drugo (prosimo, navedite) \_\_\_\_\_

**4. Kakšna je vaša najvišja dokončana izobrazba:**

- a) (Ne)dokončana osnovnošolska
- b) Poklicna šola
- c) Srednješolska
- d) višješolska / visokošolska
- e) Univerzitetna
- f) Magisterij, doktorat

**5. Telesna teža: \_\_\_\_\_ kg**

**6. Ali menite da imate ustrezno telesno težo?**

- a) Da
- b) Ne
- c) Drugo (prosimo, navedite) \_\_\_\_\_

**7. Telesna višina: \_\_\_\_\_ cm**

**8. Koliko obrokov hrane na dan zaužijete?**

- a) 2 obroka
- b) 3 obroke
- c) 4 obroke
- d) 5 obrokov
- e) drugo (prosimo, navedite) \_\_\_\_\_

**9. Ali si hrano radi dosoljuate?**

- a) Da
- b) Ne

**10. Če pijete kavo, koliko skodelic kave popijete čez dan?**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) drugo (prosimo, navedite) \_\_\_\_\_

**11. Ali ste telesno aktivni (vsaj 30min dnevno)?**

- a) Da
- b) Ne

**12. Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z da, na naslednje vprašanje odgovorite kolikokrat na teden ste telesno aktivni?**

- a) 2x
- b) 3x
- c) 4x
- d) 5x
- e) drugo (prosimo, navedite) \_\_\_\_\_



**13. Ali ste kadilec/kadilka?**

- a) Da
- b) Ne

**14. Ali poznate srčno žilna obolenja?**

- a) Da
- b) Ne

**15. Ali poznate najpogostejše povzročitelje srčno žilnih bolezni?**

- a) Da
- b) Ne

**16. Če ste na zgornje vprašanje odgovorili z »da« naštejte vsaj 3 najpogostejše dejavnike tveganja za nastanek srčno žilnih bolezni:**

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

**17. Ali poznate kakšno posledico, ki nastane zaradi povišanega krvnega tlaka? (Navedite vsaj 3)**

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

**18. Ali se zdravite za srčno žilnim obolenjem?**

- a) Da
- b) Ne

**19. Ali jemljete zdravila za zdravljenja arterijske hipertenzije (povišan krvni tlak)?**

- a) Da
- b) Ne

**20. Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z da, koliko zdravil jemljete na dan?**

- a) 1/dan
- b) 1-3/dan
- c) 5 ali več/dan
- d) drugo (prosimo, navedite) \_\_\_\_\_

**21. Če si kontrolirate krvni tlak, kolikokrat?**

- a) 1x dnevno
- b) 1x tedensko
- c) 1x mesečno
- d) samo ob rednih kontrolah v ambulant
- e) drugo \_\_\_\_\_

**22. Na kakšen način ste pridobili informacije o arterijski hipertenziji ter o dejavnikih tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj:**

- a) preko zdravstvenega osebja
- b) preko medijev
- c) v Centru dnevnih aktivnosti
- d) drugo (prosimo, navedite) \_\_\_\_\_

**23. Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z odgovorom »preko zdravstvenega osebja«, odgovorite na naslednje vprašanje od koga ste pridobili informacije:**

- a) zdravnika
- b) medicinske sestre v ambulantni
- c) patronažne medicinske sestre
- d) drugo (prosimo, navedite) \_\_\_\_\_

**24. Kako bi ocenili kakovost vašega življenja od 1 do 5? (1-zelo slabo, 2-slabo, 3-niti slabo niti dobro, 4-dobro, 5-zelo dobro).**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

**25. Kako bi ocenili način vašega vsakodnevnega življenja z zdravstvenega vidika oziroma v smislu upoštevanja načel zdravega življenjskega sloga (na primer: Se prehranjujem zdravo, sem telesno aktiven, ne zlorabljam alkohola, ne kadim...) Ocenite od 1 do 5 (1-zelo slabo, 2-slabo, 3-niti slabo niti dobro, 4-dobro, 5-zelo dobro).**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4